

JUIN 2013 - NUMÉRO 49

# DÉPENDANCES



**Alcool**

Revue éditée par  
**Addiction Suisse**  
et le **GREA**

# SOMMAIRE

## Alcool

- Éditorial** **p. 1**  
*Corine Kibora et Jean-Félix Savary*
- Retour sur la cinquième conférence consacrée à la politique de l'alcool en Europe - AMPHORA final conference** **p. 2**  
*Ruth Hagen*
- Recommandations en matière d'alcool : comment s'y retrouver ?** **p. 5**  
*Barbara Broers et Thierry Favrod-Coune*
- Villes, alcool et vie nocturne : mesures sur le terrain de Lausanne et les problèmes de la subsidiarité** **p. 8**  
*Estelle Papaux*
- L'affaire baclofène : une question d'indifférence** **p. 12**  
*Pascal Gache*
- Evaluer la compétence à l'entretien motivationnel grâce à un outil de codage : le MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity)** **p. 15**  
*Cristiana Fortini et Jean-Bernard Daeppen*
- La démarche des achats-tests : est-ce que la fin justifie tous les moyens ?** **p. 18**  
*Rose-Marie Notz*
- MyDrinkControl : un site interactif complémentaire au programme Alcochoix** **p. 22**  
*Cyril Gerber et Maya Mezzera*
- P.-S.: Détecter les joueurs pathologiques chez les patients en traitement ambulatoire pour des addictions aux substances** **p. 24**  
*d'Epagnier Cédric, Flückiger Julien, Sekera Eva et Croquette Krokara Marina*

# ÉDITORIAL

L'alcool, le produit psychotrope par excellence de nos sociétés occidentales. Le plus connu peut-être, mais aussi sans doute le plus complexe étant donné son fort ancrage culturel, économique et social. Aujourd'hui, la révision de la loi suisse sur l'alcool représente une occasion unique d'améliorer notre cadre législatif le concernant. De solides connaissances ont été accumulées et il est temps de les prendre en compte dans le cadre du débat politique.

Or, force est de constater que même si ces arguments ont fait partie des débats jusqu'ici, les discussions ne manquent pas de libérer toute une série de propos aussi excessifs que mal informés. On peut ainsi lire dans les colonnes d'un quotidien économique qu'il s'agit de «criminaliser l'ensemble des consommateurs», en laissant entendre par ailleurs que les services de prévention ne seraient intéressés qu'à piller les ressources de l'Etat pour se goberger grassement avec de lucratifs programmes de prévention.

Pourrons-nous sortir un jour de ces oppositions stériles pour considérer ensemble notre rapport à l'alcool ? Peut-on aller vers un dialogue social plus « apaisé » sur l'alcool ? Malgré les apparences, la réponse pourrait bien être « oui ». La semaine alcool qui s'est achevée nous aura montré l'intérêt toujours vif de la société pour ces questions. Elle aura aussi mis en évidence que des ponts entre les acteurs sont possibles.

En effet, sur le terrain, le travail avance. Le réseau alcool s'est renforcé et professionnalisé ces dernières décennies. Les résultats encourageants s'accumulent et le savoir grandit. Des approches innovantes nous donnent de nouveaux arguments, tant au niveau du traitement, de la réduction des risques ou de la prévention. Quelques expériences sont présentées dans ce numéro, comme le projet Amphora qui, pour la première fois, donne une vision très claire de la situation européenne en matière de problèmes liés à l'alcool et des moyens d'y remédier.

Ces résultats, il revient à nous, professionnel-le-s, de les faire valoir au niveau politique. A nous, professionnel-le-s, de travailler les synergies, de valoriser nos pratiques, de tenir un discours commun pour renforcer notre position. Les acteurs politiques n'ont en effet qu'une représentation très partielle de notre travail et il nous revient de l'expliquer. L'alcool n'est ni à diaboliser, ni à sous-estimer. Au vu de la taille du public de ses consommateurs, ce n'est que dans une démarche concertée incluant la majorité des acteurs que nous pourrons faire avancer les choses.

**Corine Kibora**, Addiction Suisse  
**Jean-Félix Savary**, GREA

# RETOUR SUR LA CINQUIÈME CONFÉRENCE CONSACRÉE À LA POLITIQUE DE L'ALCOOL EN EUROPE - AMPHORA FINAL CONFERENCE

Traduction de l'article de *Ruth Hagen* paru dans « *Abhängigkeiten* », 3/2012. pp. 107-112.

**Il nous est paru indispensable en consacrant un numéro à l'alcool d'accorder une place au projet AMPHORA qui a réuni des chercheurs renommés pour rassembler les données à disposition sur la réalité de la consommation d'alcool en Europe et les mesures efficaces pour réduire les problèmes qui y sont liés. Une démarche à saluer d'autant plus qu'un effort de vulgarisation a été fourni, notamment par la diffusion d'une vidéo et d'un manifeste. Pour donner un aperçu des thèmes traités lors de cette recherche, voici le compte-rendu de la « 5th European Alcohol Policy Conference » qui s'est tenue à Stockholm, le 19 octobre 2012 (réd.).**

**L**a cinquième conférence européenne sur la politique de l'alcool s'est tenue en 2012 sous le patronage d'AMPHORA (Alcohol Measures for Public Health Alliance). Ce projet européen a cherché à identifier les mesures qui sont efficaces ; il s'est terminé fin 2012. Un grand nombre de scientifiques renommés se sont retrouvés pour une fois avec des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) et des ministres de la Santé, afin de renforcer l'action dans la politique de l'alcool et ainsi diminuer la charge du problème lié à l'alcool, qui chaque année provoque 120'000 décès prématurés.

Le programme de la conférence, qui prévoyait beaucoup plus de débats et d'ateliers que d'exposés en plénum que par le passé, était très prometteur, et les intervenant-e-s laissaient augurer un niveau élevé de discussion et de réflexion. Un des buts visés était aussi que les résultats de l'étude AMPHORA constituent une contribution importante au travail dans le domaine de la politique de l'alcool au niveau de l'Union européenne et des différents Etats.

## L'ALCOOL EN EUROPE

Le débat d'ouverture de la conférence a dressé l'inventaire de la consommation d'alcool et de ses conséquences en Europe ; cela a permis d'en visualiser une fois de plus les effrayantes dimensions. Jürgen Rehm, épidémiologiste renommé, a expliqué que chaque année, 1 homme sur 7 et 1 femme sur 13 meurent prématurément des conséquences de la consommation d'alcool. 70 % à 80 % de ces décès impliquent des personnes consommant de l'alcool de façon excessive ou chronique. David Stuckler (Université de Cambridge) a rappelé que la situation économique difficile en Europe et la pression croissante qu'elle exerce sur les employés ont conduit à une augmentation de la dépendance à l'alcool et des suicides. Anne Lundbrock (Université d'Aberdeen) a précisé que le plus grand nombre de consommateurs à risques se trouvent dans les classes populaires, mais que celles-ci comptent aussi le plus grand nombre d'abstinents. Johan Jarl (Université de Lund en

Suède) a rappelé que le changement des structures sociales a aussi pour effet que certains groupes de la population boivent plus que d'autres. Les femmes boivent ainsi plus lorsqu'elles sont dans une couche sociale élevée, alors que c'est le contraire chez les hommes.

Jürgen Rehm a aussi rappelé que l'alcool est toujours considéré comme une denrée alimentaire en Europe, alors qu'il s'agit d'une substance cancérigène et que le risque de cancer augmente avec l'augmentation de la consommation. Kirk Lachenmeier (chimiste et toxicologue) a attiré l'attention sur le fait que l'alcool, si on voulait l'introduire aujourd'hui sur le marché comme nouveau produit, ne serait pas autorisé en raison de sa toxicité. Si l'on poursuivait cette réflexion et que l'on traitait l'alcool comme les autres substances toxiques, on ne devrait consommer qu'une boisson alcoolique par année pour ne pas dépasser la limite de 1:1000 (probabilité d'une maladie cancéreuse).

Le prix et l'accessibilité ont une influence sur la consommation et agissent principalement sur les consommateurs problématiques, qui constituent 70 à 80 % des décès selon les résultats de Jürgen Rehm. A dire vrai, l'introduction de prix minimaux dans les Etats européens (p. ex. l'Ecosse) va être épinglée comme une entrave à la liberté de commerce par d'autres Etats et par les producteurs d'alcool.

## RÉSULTATS DES PROJETS PARTIELS D'AMPHORA

Le deuxième cycle de discussion a présenté les résultats des différents sujets traités dans AMPHORA et les conséquences qui en découlent pour la politique de l'alcool.

## CONTEXTE DE CONSOMMATION

Karin Hughes (Université de Liverpool) a enquêté, avec son équipe, sur les contextes de consommation et a pu mettre en évidence que 2/3 des personnes qui sortent le soir com-

mentent à boire chez elles ou avant la visite d'un débit de boissons (« pre-drinking »). La majorité des gens qui sortent boit excessivement et cela dans le but de s'enivrer.

Le mode de consommation au cours de la soirée et de la nuit diffère selon les pays ou les régions. Dans quelques pays, l'alcool est consommé de façon à ce que le taux d'alcool dans le sang augmente de façon constante au cours de la soirée et de la nuit, alors que dans d'autres on boit jusqu'à un certain taux d'alcool, qui reste ensuite stable.

Les mesures de politique de l'alcool comprennent l'augmentation des prix et les limitations de l'accessibilité pour réduire le « pre-drinking ».

Les mesures de réduction des risques (gobelets en plastique pour éviter les blessures) sont à saluer, mais ne peuvent remplacer les mesures structurelles. Les bars et restaurants peuvent contribuer au contrôle social, mais doivent être formés et sensibilisés dans ce but.

## INTERVENTIONS BRÈVES

Pour Colin Drummond, l'efficacité des interventions brèves est prouvée, mais qu'il existe de grosses différences dans l'implémentation. Lorsque le système de santé est décentralisé, l'implémentation du screening et des interventions brèves est également fragmentée et il n'existe que peu de données disponibles. Le savoir des médecins sur ces thèmes est également très variable. Un ancrage et une coordination nationale sont indispensables pour le succès du screening et de l'intervention brève. Pour cela, les médecins doivent être formés et soutenus sur la durée. L'introduction du screening et de l'intervention brève est d'ailleurs également importante dans les services d'urgence.

## MONITORAGE DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Jürgen Rehm a analysé les données des conséquences sanitaires de la consommation d'alcool et mis en relief le nombre élevé de décès prématurés dus à la consommation d'alcool. Lors de ces calculs, seuls ont été pris en compte les cas où un lien causal est clair. Les décès dus à des maladies psychiques, dans lesquelles l'alcool a une grande influence, ne sont pas pris en considération. De sorte qu'on peut affirmer que l'ampleur réelle des décès liés à l'alcool est massivement sous-estimée. Par rapport aux régions, les charges liées aux maladies sont les plus fortes dans les pays du Nord et les plus faibles dans les pays du Sud. La plupart des décès sont provoqués par le cancer, des maladies du foie et des accidents. Un grand problème réside dans le manque de données actuelles, qui indiquent un grand manque dans le monitoring. Une récolte de données homogènes au niveau européen qui tienne compte non seulement des conséquences mortelles de l'alcool, mais aussi des conséquences non mortelles constitue un instrument central pour pouvoir donner des affirmations fiables sur l'effet de la consommation d'alcool.

## ACCESSIBILITÉ

Au moyen d'une analyse de la littérature exhaustive, l'équipe d'Esa Osterberg (Institut finlandais de la santé et du bien-être) a examiné l'efficacité des mesures liées à l'accessibilité de l'alcool. Cette analyse confirme qu'il existe un lien clair entre le prix et la consommation, c'est-à-dire que des prix plus élevés conduisent à une baisse de la consommation. Un monopole d'Etat sur la vente d'alcool a des effets importants sur la consommation. Les augmentations d'impôts comme l'introduction de prix minimaux sont des mesures efficaces. En dernier, Osterberg a critiqué le fait que les revenus ne reviennent pas à l'Etat mais au commerce de détail ou à l'industrie. Le prix de vente doit être considéré comme un facteur prioritaire. En outre, les règlements concernant les limites d'âge, l'octroi de licences pour la vente d'alcool et les heures d'ouverture sont efficaces.

## DÉTERMINANTS PLANIFIÉS ET NON PLANIFIÉS

Allaman Allamani (Agence de santé régionale de Toscane, Florence) s'est occupé des déterminants planifiables et non planifiables qui ont une influence sur la consommation d'alcool de la population. Parmi les déterminants planifiables, on compte les changements législatifs, l'introduction de mesures structurelles etc. tandis que l'urbanisation, le niveau de formation et de profession de la population féminine, tout comme l'âge des mères à la naissance de leur premier enfant sont définis comme déterminants non planifiables. Au total, les déterminants non planifiables sont plus importants que les planifiables. Cela dit les liens sont très complexes, si bien que plus de recherches sont nécessaires sur ce thème.

## PUBLICITÉ POUR L'ALCOOL

Peter Anderson a examiné l'influence de la publicité pour l'alcool sur les jeunes. Plus les jeunes sont confrontés à la publicité pour l'alcool, plus tôt ils commencent à boire de façon excessive. La seule mesure efficace est d'interdire totalement la publicité pour l'alcool. Si l'on se réfère à l'expérience acquise avec la publicité pour le tabac, on peut dire que les restrictions (au niveau du contenu et de la forme) ne font que stimuler la créativité des publicitaires.

## DÉFIS DU FUTUR

Le deuxième jour de conférence a regardé vers l'avenir. Des ateliers thématiques se sont consacrés à la pensée créative et les présentations en plénière ont identifié les défis pour la politique de l'alcool dans son ensemble et pour les ONG actives dans ce domaine en particulier.



## RÔLE DE L'INDUSTRIE DE L'ALCOOL

Thomas Babor a dessiné un sombre portrait de l'influence de l'industrie de l'alcool dans de nombreux Etats d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine où elle travaille activement à l'élaboration des politiques de l'alcool. L'industrie a ainsi réussi à bannir complètement les mesures démontrées scientifiquement comme étant efficaces (réduction de l'accessibilité, augmentation des prix et limitation de la publicité). Elle s'engage ouvertement pour des mesures inefficaces (sensibilisation et information). Comme les grosses entreprises rachètent les entreprises locales, elles peuvent non seulement mieux influencer les processus politiques, mais également élargir leur publicité. Babor a mis en garde contre les institutions à but non lucratif qui sont constituées et financées en douce par l'industrie de l'alcool comme l'ICAP (International Center for Alcohol Policies) qui est là pour diffuser largement les messages de l'industrie de l'alcool et neutraliser les opinions divergentes. L'ICAP a une grande influence sur la politique de l'OMS, finance des projets de prévention et de recherche, organise des conférences scientifiques et est attentive à ce que ses messages soient largement diffusés lors de toutes ces activités. Il est dès lors très important, d'observer attentivement les activités de l'industrie de l'alcool. Son influence sur la politique et la société ne doit en aucun cas être sous-estimée.

## CONSOMMATION D'ALCOOL ET POLITIQUE DE L'ALCOOL DANS L'UNION EUROPÉENNE

Robin Romm a centré son exposé sur la diversité qui marque le produit alcool et le rapport à l'alcool. Il a mis en lumière les différentes fonctions que l'alcool remplit dans la société et sur les différents modes de consommation selon les divers pays européens. Les effets de la consommation touchent plusieurs secteurs de la société de multiples façons. Par exemple, les proches souffrent de la consommation d'un membre de la famille, les conséquences de la consommation chronique et excessive touche la santé, la productivité des entreprises est entamée par les absences dues à l'alcool et il y a des accidents de la route. Enfin, des changements sociétaux comme la migration ou la parité conduisent dans des groupes sociétaux différents à ce que l'on consomme plus ou moins d'alcool.

A l'opposé de cette diversité, il y a la tendance à la centralisation dans la politique européenne. Le principe de la liberté de commerce et de service du marché intérieur européen va à l'encontre de la santé publique, car justement en Europe, des mesures de politique différenciées seraient nécessaires étant donné les différences culturelles en matière de boisson. De plus, l'industrie de l'alcool est un acteur économique important qui est très intéressé par une politique centralisée qui serait de cette manière plus facile à influencer. Room a mis en garde contre le fait que les problèmes liés à l'alcool ne sont pas pris au sérieux parce qu'ils sont un phénomène quotidien. Cette attitude doit changer. Il a insisté sur l'importance de buts et d'indicateurs concrets qui doivent être formulés aussi bien par l'UE que par l'OMS dans leurs nouvelles

stratégies, afin que la consommation d'alcool baisse dans la population et que les problèmes liés à l'alcool diminuent.

## RÔLES DES ONG DANS LES POLITIQUES DE L'ALCOOL

Evelyn Gillian a relevé une fois de plus le fossé manifeste entre, d'un côté, l'évidence de mesures efficaces pour la réduction des risques liés à l'alcool et, de l'autre côté, la mise en œuvre de ces mesures au niveau des politiques de l'alcool. Cette situation n'a pas changé depuis la dernière conférence, il y a deux ans. Elle voit les raisons surtout dans la forme antagoniste de l'industrie de l'alcool, qui est très bien organisée et a des contacts établis avec les acteurs pertinents de la politique. En même temps, les ONG manquent d'une ligne de conduite claire quant à leurs activités de lobby. Les organisations prédestinées telles qu'Eurocare, APN et GAPA manquent de ressources humaines et financières. Il est enfin important que les ONG parlent d'une seule voix, aient une attitude unie face à l'industrie de l'alcool et se concertent sur les mesures efficaces en matière de politique de l'alcool. Les conférences sur la politique de l'alcool pourraient être une plateforme où développer des stratégies de plaidoyer.

## CONCLUSIONS DE LA CONFÉRENCE

Les résultats des projets de recherche AMPHORA sont sans aucun doute très importants, car ils confirment une fois de plus l'efficacité des mesures structurelles. La conférence a aussi montré clairement ce qu'il faut faire pour réduire les problèmes liés à l'alcool en Europe.

Une question reste toutefois sans réponse, celle de savoir comment amener les acteurs politiques à accorder la priorité à la santé publique et non aux intérêts économiques. On n'a pas beaucoup avancé dans ce domaine depuis la dernière conférence (4th European Alcohol Policy Conference 2010) dont le slogan était « From Policy to Action ».

Certains éléments de réponse ont été apportés par certaines prises de position ; les chercheurs et les ONG ont ainsi identifié l'industrie de l'alcool comme un acteur exerçant son pouvoir partout où c'est possible et sans la moindre considération éthique. Cette conférence a ainsi généré une prise de conscience selon laquelle la réduction des problèmes liés à l'alcool n'est possible que si les ONG et les chercheurs réunissent leurs forces pour influencer sur les processus politiques en se basant avec professionnalisme sur les données scientifiques existantes. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de créer un contrepoids à la domination de l'industrie de l'alcool et de contrer ses arguments. Le manifeste AMPHORA distribué lors de la conférence et la vidéo qui l'accompagne - que l'on peut visionner sur le site internet [www.amphoraproject.net](http://www.amphoraproject.net) - constituent un début prometteur.

**Courriel :**  
[prevention@addictionsuisse.ch](mailto:prevention@addictionsuisse.ch)

# RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ALCOOL : COMMENT S'Y RETROUVER ?

Barbara Broers, médecin adjoint et Thierry Favrod-Coune, chef de clinique, HUG, Genève

Cet article propose une revue des recommandations données en matière de consommation d'alcool, qui ne sont pas uniformes au niveau international. De plus, chacun réagit différemment face à l'alcool. Faut-il pourtant renoncer à énoncer des recommandations ? Tour d'horizon et pistes possibles. (réd.)

## INTRODUCTION

Une étude récente française(1) suggère qu'une dose de 13 g d'alcool par jour (donc un peu plus qu'un verre standard) augmente le risque de mortalité globale. Les effets bénéfiques seraient dépassés par les effets négatifs, même avec à peine un verre et demi d'alcool par jour.

Entre « deux verres de vin rouge par jour c'est bon pour le cœur », « un verre d'alcool par jour est bon pour le cœur », « ne buvez pas tous les jours », « un verre par jour augmente le risque de cancer »... quel conseil croire, quel conseil suivre ?

Comment savoir ce qui convient à sa situation personnelle, faute de recommandations claires ?

Dans cet article, nous vous proposons un résumé des raisons de la discorde, ainsi qu'une présentation des recommandations diverses qui existent par rapport à la consommation d'alcool. Pour plus de détails, nous vous prions de vous référer à un article paru dans la Revue Médicale Suisse, l'année dernière.(2)

### Discordances entre les recommandations : pourquoi ?

Comme annoncé ci-dessus, il n'y a pas de consensus international concernant les recommandations en matière de consommation d'alcool. Il y a des discordances sur les définitions précises des catégories de consommation, sur la quantité et la fréquence de consommations, et enfin sur les groupes cibles.(2)

Une raison de ces discordances est l'absence d'uniformité internationale sur la quantité d'alcool pur contenu dans un verre, ou dans ce qu'on appelle souvent « une unité standard ». En Suisse, il est accepté qu'un verre standard d'alcool contienne 10 g d'alcool pur, tandis que dans d'autres pays cette quantité peut varier entre 8 et 14 g.

Une deuxième raison provient du fait que les recommandations se basent sur l'interprétation d'études d'observation. Il est évident que pour des raisons éthiques et pratiques, on ne peut pas faire d'essai randomisé contrôlé où l'on propose à un groupe une certaine quantité d'alcool par jour et à un autre groupe un placebo (avec le même goût), cela

durant une période suffisamment longue pour estimer les effets sur les maladies cardiovasculaires, les cancers, etc.. Du coup, il faut se baser sur des études d'observation qui se déroulent de la manière suivante : on suit dans le temps des personnes qui ont décidé, par elles-mêmes, de boire de l'alcool, beaucoup, un peu ou pas du tout. Ensuite, les groupes de non consommateurs sont comparés avec ceux des consommateurs, considérant les différents « niveaux » de consommation. Les participants à ces études ont évidemment aussi d'autres comportements de santé (nutrition, tabagisme, activité physique) qui peuvent avoir un lien avec leur consommation d'alcool et avec les résultats étudiés. Il n'est pas toujours possible de corriger, dans l'analyse, l'influence de ces différents facteurs. Les études d'observation ont donc souvent des erreurs ou des biais : de sélection (de certains groupes ou individus), de déclaration par rapport aux quantités d'alcool prises, etc.. L'interprétation des résultats de ces études peut donc être difficile et source de différences, aboutissant à une discrépance entre les avis des « experts » qui énoncent des recommandations.

D'autres raisons de discordances incluent des différences d'âges dans les groupes étudiés, dans le type d'alcool (vin versus tout alcool) consommé, dans les maladies observées (mortalité liée à une maladie isolée comme maladie cardiovasculaire versus mortalité globale) et dans la durée d'observation.

**Les conseils de consommation doivent donc être individualisés et prendre en compte les divers facteurs de risque.**

Enfin, il est important de ne pas confondre consommation « à faible risque » et consommation « bénéfique » pour la santé. On doit veiller à ce que les recommandations de ne pas dépasser une cer-

taine quantité d'alcool (par exemple, la recommandation de consommation à faible risque de l'Organisation Mondiale de la Santé est de ne pas dépasser 2 verres standard par jour pour une femme) ne se transforment pas dans le langage courant en une recommandation consistant à boire cette quantité.

## OSE-T-ON ENCORE FAIRE DES RECOMMANDATIONS ?

Toute recommandation devrait idéalement être individualisée, en prenant en compte des particularités, maladies et facteurs de risque personnels. Il est important de rappeler que les recommandations « générales » (comme celles de l'OMS(2) ou d'Addiction Suisse(3)) s'adressent à des individus adultes en bonne santé et sans facteurs de risque.

### Zéro alcool

Tout d'abord, il est important de souligner que, basé sur les connaissances actuelles, nous ne pouvons JAMAIS recommander de boire de l'alcool à une personne qui n'en boit pas. Si une personne abstinente désire diminuer ses risques cardiovasculaires, il convient de conseiller l'activité physique (au moins 30 minutes 3 fois par semaines), une alimentation saine (fruits, légumes, céréales complètes, poisson), l'arrêt du tabac ou la perte de poids, et non un verre d'alcool.

Il y a des *situations* où la consommation d'alcool est proscrite ou déconseillée : la conduite automobile, tout travail nécessitant une vigilance ou un bon équilibre, des activités scolaires ou sportives.

Ensuite, il y a des *personnes*, ou groupes de personnes, pour qui toute consommation d'alcool est déconseillée : les femmes enceintes ou celles qui allaitent, les jeunes de moins de 16 (voire 18) ans, les personnes avec une atteinte hépatique significative, ayant certaines maladies ou prenant des médicaments incompatibles avec la prise d'alcool, et les personnes abstinents qui ont eu une dépendance sévère à l'alcool.

### Conseil de prudence en cas de facteurs de risque

On connaît bien les risques liés à l'alcool lors de surconsommation chronique ou aiguë pour le foie, le pancréas, l'estomac, le système nerveux. L'alcool a un rôle causal, surtout chez les fumeurs, pour les cancers de la bouche et de la gorge. Il a aussi été démontré que l'alcool est un facteur de risque pour d'autres cancers, comme le cancer du sein, le cancer du colon et rectum, le cancer de l'œsophage, le cancer hépatique (surtout en cas de cirrhose).

En cas de présence d'une atteinte d'organes, d'un cancer, ou d'une prédisposition génétique connue (famille) ou supposée pour un cancer, il est conseillé de limiter la consommation d'alcool à un usage occasionnel. Il est impossible de donner un conseil avec une quantité précise pour chaque situation, mais « un verre » pour des occasions (et pas tous les jours) semble un conseil justifié et prudent.

L'âge avancé peut aussi être considéré comme un « facteur de risque » dans ce contexte.



Photo: SYC

### Conseil en l'absence de facteurs de risque

Pour des personnes en bonne santé, sans facteur de risque, qui désirent boire modérément, la proposition actuelle d'Addiction Suisse(3) est de ne pas dépasser 2 verres standard (20 g d'alcool) par jour pour un homme et 1 verre (10 g d'alcool) pour une femme. Pour une occasion de fête, il est recommandé de ne pas dépasser 4 verres standard, en faisant attention aux types d'activités lors de ces événements, et des limites légales en cas de conduite automobile.

Le conseil de ne pas boire tous les jours, mais d'observer un ou deux jours de pause par semaine, ne fait pas partie de toutes les recommandations, mais relève du bon sens clinique pour éviter l'installation d'une tolérance à l'effet et d'une dépendance. Par ailleurs, certaines recommandations (par exemple canadiennes (4)) incluent une recommandation de consommation maximale par semaine (pour une femme maximum 2 unités par jour, maximum 10 unités par semaine) qui permet de déduire l'intérêt d'une pause. A noter que le verre standard au Canada est plus grand qu'en Suisse (14 vs 10 g). Les recommandations suisses semblent donc prudentes, mais sont un compromis justifié entre les nombreux risques et le bénéfice potentiel de l'alcool sur le système cardiovasculaire. Elles peuvent être considérées comme des quantités permettant un bénéfice possible pour un individu sans facteurs de risque, tandis que les recommandations canadiennes, comme plusieurs autres (2), semblent plutôt proposer des limites d'innocuité.

## DISCUSSION

Pour s'y retrouver dans les recommandations du moment sur les consommations d'alcool, rappelez-vous surtout que les connaissances actuelles se basent sur des études d'observation et pas d'intervention. On ne peut donc pas recommander de boire de l'alcool, même pour des (probables) bénéfiques cardiovasculaires. Fort certainement - même pour des buveurs modérés - l'activité physique, une alimentation saine, l'arrêt du tabac et un poids sain (indice de masse corporel entre 20 et 25) seraient des conseils plus appropriés pour diminuer ces risques.

L'étude (observationnelle) de Guérin, concluant qu'une consommation de 13 g d'alcool par jour augmente la mortalité globale, s'explique probablement par le fait que la cohorte inclut des personnes avec des facteurs de risque pour qui même un verre par jour est dangereux.

Les conseils de consommation doivent donc être individualisés et prendre en compte les divers facteurs de risque. En cas de comorbidités ou de risque particuliers (tabagisme, facteur de risque pour le cancer du sein, hépatopathies, polyposse colique, prise de certains médicaments, etc.), les recommandations de consommation à faible risque ne s'appliquent pas.

Pour des raisons pratiques et de compréhension, il serait souhaitable d'avoir un message unique et simple sur la consommation conseillée d'alcool. Toutefois, pour qu'une recommandation soit juste et acceptable, elle doit d'abord être individualisée et cela doit être indiqué en préambule de toute recommandation ; ensuite, pour les personnes sans facteur de risque, une recommandation globale pourrait peut-être proposer des « limites » de consommation à moindre risque plutôt qu'un seuil de non dangerosité tel quel développé par l'OMS(5).

Voici notre proposition concernant ces limites :

- pour les femmes : entre 7 et 10 verres standard par semaine,
- pour les hommes : entre 14 et 18 verres standard par semaine,
- et pour toutes et tous : une consommation maximale de 4 verres par occasion, et au moins un jour sans alcool dans la semaine.

Qui dit plus, qui dit moins ?

### Courriels :

barbara.broers@hcuge.ch  
thierry.favrod-coune@hcuge.ch

### Références :

- 1) S. Guérin, A. Laplanche, A. Dunant, C. Hill. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2013 Mar 4, doi:10.1093/eurpub/ckt015.
- 2) S. Pasche, B. Broers, T. Favrod-Coune. Comment y voir clair face à toutes les recommandations relatives à la consommation d'alcool ? Revue Médicale Suisse 2012 ; 8 : 1831-5.
- 3) [http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/alcool\\_sante.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool_sante.pdf) (accédé le 20/4/2013).
- 4) <http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-canada-low-risk-alcohol-drinking-guidelines-brochure-en.pdf?sfvrsn=2> (accédé le 20/4/2013).
- 5) World Health Organization (WHO). (2000). International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.

**Formation  
continue**



**Hes·so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

### **DAS en art-thérapie**

Début de la formation : 24 septembre 2013  
Cheffe de projet : Déa Evêquoz

### **DAS en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale**

Début de la formation : 3 octobre 2013  
Chefs de projet : Barbara Zbinden et Xavier Pitteloud

### **DAS en thérapie avec le cheval**

Début de la formation : 22 janvier 2014  
Chef de projet : André Antoniadis

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

**[www.eesp.ch/ufc](http://www.eesp.ch/ufc) - Tél. : 021 651 03 10**  
**[formation.continue@eesp.ch](mailto:formation.continue@eesp.ch)**

**éesp**

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne  
haute école de travail social et de la santé · Vaud



# VILLES, ALCOOL ET VIE NOCTURNE : MESURES SUR LE TERRAIN DE LAUSANNE ET LES PROBLÈMES DE LA SUBSIDIARITÉ

*Estelle Papaux, cheffe du service de la jeunesse et des loisirs, Lausanne.*

**Les villes sont confrontées à la réalité des débordements festifs où l'alcool joue un rôle important. Cet article décrit la situation lausannoise, les défis auxquels cette ville doit faire face, en tenant compte de la marge de manœuvre parfois restreinte face à des décisions qui se prennent au niveau cantonal ou fédéral. (réd.)**

## ALCOOL, VILLE, FÊTE, CHANGEMENT DE PARADIGME

La médiatisation de la surconsommation d'alcool a subi une modification en quelques années. En effet, nous sommes passés d'un problème privé à un problème collectif médiatisé sur l'entier de la société. En lien avec ce changement de paradigme, nous avons aussi perçu une modification des attentes des habitants face à la ville. L'attractivité d'une ville et son expansion sont liées à l'accès à des offres dites culturelles larges. Cette disponibilité et cet accès s'appliquent à la vie nocturne et à l'alcool. En effet, se font jour deux demandes dissonantes aux autorités municipales : garantir et créer les conditions d'une vie nocturne diversifiée et sûre, où l'on peut avoir accès à tout, de façon illimitée, et traiter les retombées négatives de la vie nocturne de façon adéquate.

### Mise en contexte : évolution de la vie nocturne et alcool

En 1995, le canton de Vaud modifie la législation et abroge la clause du besoin pour l'ouverture de nouveaux établissements. La Ville de Lausanne, dans la foulée, prolonge l'heure de police pour les clubs de 04h00 à 05h00. Ces modifications de paradigme ont pour conséquences le doublement des établissements de nuit (17 à environ 34), une généralisation des fêtes en plein air, une croissance de la disponibilité des boissons alcooliques à prix réduit (environ 210 magasins vendent de l'alcool dont un tiers de petits commerces sont ouverts 7/7 jusqu'à 22h00), une augmentation des bagarres avec pour corollaire une pression accrue sur la police, le groupe sanitaire, les hôpitaux (CHUV), les services de nettoyage, etc.

La consommation d'alcool à risque est liée au type de soirée et à l'instant festif. La vie nocturne des villes devient souvent synonyme de surconsommation d'alcool, de recherche de l'ivresse comme moyen d'expérimenter, de s'intégrer et de s'identifier aux fêtards de la ville.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lors d'une enquête de l'Institut Link en Suisse, en 2009, commandée par la Régie fédérale des alcools, ce ne sont pas moins de 62 % des jeunes de 16 à 19 ans qui déclarent avoir consommé de l'alcool sur le domaine public entre trois et cinq fois durant les 30 derniers jours, alors que les 30 à 34 ans sont 25 % à déclarer l'avoir fait (Institut LINK, 2009).

Le Service de la jeunesse et des loisirs de Lausanne que je dirige, observe, comme d'ailleurs les autres services en lien avec la jeunesse, des modifications de comportements dans l'espace public des jeunes depuis maintenant quelques années.

Nous assistons à des nouveaux modes de consommation de l'alcool sur l'espace public, entre amis, en début de soirée (préchauffe), dans les appartements privés. Le cumul des situations de consommation, soit par exemple dans un appartement, puis sur l'espace public, puis en boîte de nuit prédit bien évidemment une alcoolisation à risque. Les lieux de réunions évoluent au fil des saisons et les commerces proches permettent de s'approvisionner. Les jeunes entre 15 et 25 ans zonent sur le domaine public au gré des rencontres avec les autres groupes de jeunes. Ils font le tour des places et finissent au centre ville. Ils profitent de mouvements de foule entre les clubs pour faire la fête. En effet, ils ont une volonté d'être là où se passe la fête sans vraiment pouvoir y participer pour des raisons d'âge et/ou de moyens financiers.

C'est leur manière d'occuper la rue, de s'occuper.

L'alcool est très - trop - bon marché. Les policiers retrouvent des sacs de bouteilles d'alcool entamées et abandonnées dans les recoins du quartier du Flon, haut lieu de l'animation nocturne.

Les dangers pour ces jeunes sont alors les effets collatéraux de l'alcool, principalement liés aux lésions, aux agressions et aux contraintes d'ordre sexuel. La Brigade de la Jeunesse de la Police municipale estime que le 70 à 80 % des mineurs auteurs de violence sont alcoolisés.

### Les villes sont les premières concernées

Ces constatations ne sont pas l'apanage de la Ville de Lausanne uniquement. Dès le printemps et durant toute l'année 2012, les villes ont été le théâtre de discussions animées et de manifestations sur leur vie nocturne. L'Union des villes suisses a d'ailleurs organisé des rencontres entre villes, à leur initiative, pour échanger leurs points de vue et leurs expériences en la matière. Elle a publié un rapport sur ce

thème en février 2013.<sup>2</sup> Ce rapport contient un catalogue d'idées, de mesures expérimentées par certaines villes et en fait une analyse. Il ressort que le génie local d'adaptation de mesures existantes est essentiel.

Les mesures concernant la restriction d'accès à l'alcool sont les plus présentes et préoccupent en particulier les villes. Elles comptent beaucoup sur la révision de la loi fédérale sur l'alcool qui, elles l'espèrent, les soutiendra par l'interdiction de la consommation dans certaines zones et à certaines heures, par une augmentation des prix au moyen d'une adaptation de l'impôt sur l'alcool, par des conséquences légales et financières lourdes pour les contrevenants à l'interdiction de ventes d'alcool aux jeunes.

Les villes sont les premières concernées par les retombées négatives de la vie nocturne. Les difficultés rencontrées sont liées aux excès d'alcool dans l'immense majorité des cas ; cela passe par des problèmes sanitaires, des dégradations du mobilier urbain, l'abandon de détritiques (littering) et diverses souillures. De plus, il y a une très nette augmentation des bagarres et des voies de faits, scandales et tapages nocturnes au centre ville. Si nous comptons environ 500 bagarres à Lausanne par an en 2000, nous atteignons les 1'000 en 2010. Pour exemple, la Ville de Lausanne a estimé ce que lui coûtait le vandalisme sur les bâtiments scolaires, ainsi cela représentait 5 % du budget d'entretien des bâtiments scolaires consacré aux réparations entre 2002 et 2004, puis en 2009 cela représentait 12 %. La Ville engage alors des moyens pour traiter les retombées négatives, plus de policiers, plus d'éducateurs sociaux, plus d'agents de sécurité et de surveillance, plus de cantonniers, plus de nettoyeurs, plus de prévention, etc. Nous ressentons de la part de ces collaborateurs une surcharge, une certaine démotivation et surtout une impossibilité d'être partout en même temps...

### **Confédération et cantons, leur rôle dans la problématique**

Les villes prennent pleinement conscience de leur rôle à jouer et de ne plus ou pas attendre sur des mesures cantonales ou fédérales. Et pourtant le principe de subsidiarité voudrait que ce soit la Confédération et les cantons qui empoignent en premier lieu ces questions. Selon ce même principe, la compétence reconnue en matière de santé publique relève principalement des cantons. Les cantons intervenant dans le domaine de la prévention comportementale par des subventions à des organismes privés. Ainsi, dans la mise en œuvre de cette politique et ces actions publiques, les cantons ne définissent que peu les règles et les fonctionnements des projets de prévention initiés par les organismes privés. Nous sommes dans une cascade des responsabilités où les villes n'ont finalement pas une place légalement bien définie. Et c'est peut-être là que réside une discrédence dans la mise en œuvre de la prévention de la surconsommation d'alcool. Les villes peuvent définir et implémenter quelques mesures structurales, mais légalement aucune mesure comportementale.

<sup>2</sup> Union des villes suisses (2013).

Les bases légales fédérales règlent en premier lieu la sécurité des produits, la fabrication et la mise sur le marché. Les premiers échos du débat sur la révision de la loi sur l'alcool laissent croire que les intérêts de l'industrie prévaudront sur ceux de la santé publique. Dans un deuxième temps, les bases légales fédérales règlent quelques aspects de santé publique avec le Programme national alcool.

Les cantons disposent de vastes compétences dans le domaine de la prévention en matière d'alcool, que ce soit dans la prévention structurelle, par la réglementation s'appliquant aux établissements publics et aux commerces de détail ainsi que l'édictation de dispositions concernant la publicité. Ils ont aussi un rôle à jouer dans la prévention comportementale. Toutefois, lorsque nous examinons les cantons, une diversité de réglementations et de types de préventions révèle une importante hétérogénéité.<sup>3</sup>

Dans chaque canton, la variété des communes pousse très certainement à adopter un consensus minimal sur les mesures de prévention structurelles et comportementales. Ainsi, les prescriptions cantonales prépondérantes répondent mal aux besoins des villes d'importance. Comme souligné précédemment, les mesures structurelles et financières, en matière d'accessibilité à l'alcool, échappent en grande partie aux villes. A titre d'exemple, les autorités du canton de Vaud ne souhaitent pas distinguer les heures d'ouverture des commerces des heures de vente d'alcool. Les communes n'ont pas de compétences en matière de santé publique.<sup>4</sup>

Face aux alcoolisations qui sont bien un problème de santé publique d'une certaine ampleur, mais qui bénéficient d'une marge de tolérance culturelle élevée, le canton de Vaud a mis sur pied un Plan cantonal d'actions nommé le PACT-Alcool. Ainsi le projet de recherche-action en milieu festif *NightLife* Vaud qui se déploie à Lausanne, a pour objectif de renforcer la prévention et la réduction des risques liés à l'alcool entre autres. La Ville de Lausanne participe à plusieurs groupes de travail, notamment dans le cadre d'une réflexion vaudoise sur les achats-tests et sur le projet *NightLife*.<sup>5</sup>

La prévention comportementale face à l'alcool dans le cadre scolaire n'est pas une priorité en tant que telle. Les chefs des départements cantonaux concernés ont défini deux programmes prioritaires qui doivent s'implanter dans tous les établissements scolaires en cinq ans et dépendent de l'engagement réel du canton. Le programme « Dépendances », élaboré en collaboration étroite avec l'Unité PPS (Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire), vise la formation des enseignants et la structuration des interventions dans le cadre de l'établissement sco-

<sup>3</sup> Office fédéral de santé publique, « Les cantons : 26 acteurs majeurs dans la politique en matière d'alcool » <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/07287/index.html?lang=fr>

<sup>4</sup> <http://www.vd.ch/autorites/grand-conseil/seance-du-10-janvier-2012/motion-gregoire-junod-differer-les-horaires-de-vente-dalcool-des-heures-douverture-des-commerces-une-mesure-efficace-de-sante-publique-et-de-prevention-de-la-violence/>

<sup>5</sup> [www.nightlifevaud.ch](http://www.nightlifevaud.ch)

laire en faveur d'élèves qui consomment des produits psychoactifs. Le second programme se situe dans le domaine de l'alimentation. En regard de l'engagement lent et peu enthousiaste du canton, la Ville, confrontée à la problématique de manière exacerbée, pousse à l'action et finance elle-même une partie de la prévention.

**Mesures de correction et tâtonnements : plusieurs types de prévention en ville et par les villes**

Dans la nuit du 16 au 17 mars 2013, Lausanne fait à nouveau la une des médias, une rixe impliquant 100 à 150 personnes a débuté dans un club de la place et s'est prolongée dans les rues avec une intervention massive de la police municipale et de la police cantonale dans plusieurs lieux publics.

Les villes conviennent qu'elles doivent mettre en place des mesures structurelles et comportementales de prévention et de réduction des risques. La Ville de Lausanne, ville centre, réagit, fait preuve de courage en adoptant des restrictions claires. La vente d'alcool dans les commerces sera interdite à partir de 20h00 le vendredi et le samedi. La Municipalité a compétence pour interdire la consommation d'alcool en certains lieux et à certaines heures sur le domaine public. Elle élargit les moyens de saisie des objets dangereux et armes blanches sur la voie publique. Elle se dote de possibilités d'interdire de périmètre, pour une durée de 3 mois au maximum, des personnes, notamment dans les cas d'infraction à la loi sur les stupéfiants, d'atteinte à l'intégrité physique ou au patrimoine. En cela elle s'inspire des règlements bernois et zurichoïses, ces mesures visent en particulier les dealers dont la présence en rue crée un fort sentiment d'impunité et d'insécurité.

Lausanne s'est dotée, en outre, d'un plan d'action de sécurité publique 2013-2014 intitulé « Réinvestir l'espace public » qui passe par un redéploiement de la police dans la rue et un renforcement des effectifs de police pour répondre à l'insécurité. Par ailleurs, la Municipalité va aussi prendre des mesures à l'encontre des établissements publics avec une prolongation d'horaire jusqu'à 05h00 du matin (heure de police à 03h00) sous réserve d'un certain nombre de conditions. Parmi celles-ci, un nombre d'agents de sécurité formés, le respect de la légalité, le paiement des taxes et impôts, un périmètre de sécurité et de tranquillité, la détection et saisie des couteaux et objets dangereux à l'entrée, etc.

Au niveau des mesures de prévention comportementale, la Ville met en place des mesures depuis de nombreuses années et s'adapte au contexte. Ainsi, jusqu'en 2011, les services de la Ville concernés par la jeunesse et la santé en milieu scolaire, ainsi que leurs partenaires institutionnels, menaient une action de prévention importante de fin juin à début juillet, lors des fêtes de fin de scolarité au bord du lac, touchant ainsi quelque 2'000 jeunes (promotions). Toutefois, les fêtes de promotion ont changé de visage et cela ne se fait plus au bord du lac ni en grand groupe. Nous nous adaptons et changeons nos orientations grâce à des interventions dans les parcs et places publics en ville. Ainsi, en 2011 et 2012, les services concernés et les institutions partenaires

ont participé et développé « Le Pavé » qui est un espace mobile au plus près des lieux de vie et de rassemblements des jeunes adultes (18-25 ans).<sup>6</sup> C'est un espace en libre accès dans lequel les jeunes peuvent trouver une écoute, une présence, des informations dans une approche pluridisciplinaire à travers des actions d'animation et de prévention. Cette démarche a été conduite durant les soirs de week-ends du mois de mai et s'est tenue dans les lieux stratégiques comme la Place de l'Europe ou le Parc de Montbenon.

Le Service de santé des écoles met en place des programmes et actions de prévention dans les établissements scolaires en étroite collaboration avec le corps enseignant et selon les prescriptions cantonales en la matière. En plus de ces actions de promotion de la santé, un certain nombre de projets sont développés par le service dans le but de couvrir plusieurs niveaux de prévention et de se dérouler sur plusieurs années.



Photo: SXC

Ainsi, les infirmières scolaires sont intervenues 4'123 périodes dans les établissements scolaires sur le thème des dépendances, depuis dix ans, avec un pic de 705 périodes en 2012. Des spectacles interactifs payés par la Ville, « Bien cuit ou à point » (Compagnie Caméléon), traitant de la consommation d'alcool chez les jeunes, sont proposés depuis plusieurs années et rencontrent un bon succès auprès des élèves de 8ème et 9ème années.

Les travailleurs sociaux hors murs (éducateurs de rue ou travailleurs sociaux de proximité), les animateurs et les éducateurs actifs en ville travaillent également, quasi quotidiennement, avec des jeunes dont la consommation pourrait être à risque. En effet, lors de leurs multiples activités et rencontres avec les jeunes, ils délivrent des messages de prévention adaptés aux différentes situations auxquelles ils sont confrontés. Ces actions de sensibilisation sont d'autant mieux perçues et intégrées qu'elles sont transmises par des adultes avec qui le lien et la confiance ont déjà été établis. L'aspect informel de ces actions est également un facteur important pour toucher les jeunes.

<sup>6</sup> [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/dependances/Projet\\_Le\\_Pave\\_.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/Projet_Le_Pave_.pdf).

Profitant de la « Semaine alcool » de la Confédération qui a lieu du 18 au 26 mai 2013, les services de la jeunesse et de santé des écoles mettent en place un projet de prévention visant les 13-18 ans, ainsi que leurs parents et les professionnels de l'éducation. Aidés par un collègue d'expert-e-s des questions de prévention alcool à Lausanne et dans le canton, les services communaux concernés veulent prévenir les risques liés aux premières consommations d'alcool chez les jeunes et renforcer la réduction des risques liés à une consommation excessive. Il s'agit aussi de sensibiliser les parents à leur légitimité d'acteur préventif dans la consommation de leur enfant, notamment en instaurant avec eux une relation de confiance permettant le dialogue.

Pour intervenir de la manière la plus adéquate, ces services ont commandé une étude de littérature à la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme.

Les actions qui sont déployées durant cette semaine et qui constituent une première étape sont : une campagne de sensibilisation de la population, une action de sensibilisation et de réduction des risques par les pairs en collaboration avec le Conseil des jeunes pour proposer plusieurs projets de sketches théâtraux filmés sur le ton de l'humour et à diffuser largement, deux actions à l'intention des adultes (demi-journées de formation à l'intention des professionnels de l'éducation, séances d'information et de discussion avec des parents d'élèves), courrier aux parents des jeunes entre 13 et 18 ans accompagné d'un feuillet d'information.

Ces actions de prévention s'inscrivent dans un prolongement des mesures structurelles adoptées par la Ville. Elles se veulent pérennes. La Municipalité a confirmé que le deuxième train de mesures qui seraient prises au sein de la Ville serait de nature comportementale et ces premières actions de prévention en sont la pierre angulaire.

### Conclusion : la subsidiarité un vrai problème ?

Les villes, comme nous le voyons ci-dessus, participent à la prévention par la mise en œuvre de mesures de prévention structurelle ou comportementale sans que ça leur soit légalement possible. Le principe de subsidiarité dans l'attribution et l'accomplissement des tâches étatiques qui caractérise la Suisse montre parfois ses limites dans le traitement de problématiques qui ne se catégorisent pas selon leur niveau (Confédération, canton, commune). L'échelon manquant est peut-être les régions ou les villes. Le travail de réflexion et d'action sur cette problématique de vie nocturne et alcool, développé par les villes à travers l'Union des villes suisses, permettra peut-être de mettre en lumière une nouvelle voie du traitement des problèmes de santé et d'ordre publics. Il n'est certainement pas question pour les villes d'avoir des compétences en matière de santé publique, mais une certaine coordination au niveau cantonal est attendue à l'instar du projet *Nightlife* vaudois.

Comme le montre l'exemple de la Ville de Lausanne et du canton de Vaud, une coordination entre les villes centres et leurs cantons est assurément nécessaire pour traiter de la problématique de la vie nocturne et des risques de surconsommation d'alcool.

### Courriel :

Estelle.Papaux@lausanne.ch

### Références :

Institut LINK (2009), Comportements de consommation et d'achat de boissons alcoolisées chez les jeunes de 16 à 34 ans en Suisse, Mandat de la Régie fédérale des alcools, Berne <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/19699.pdf>.

Union des villes suisses (2013), « Vie nocturne urbaine, analyse de la situation et des mesures envisageables », Berne février 2013, [http://staedteverband.ch/cmsfiles/130218\\_rapport\\_vie\\_nocturne\\_urbaine\\_uvfinal.pdf](http://staedteverband.ch/cmsfiles/130218_rapport_vie_nocturne_urbaine_uvfinal.pdf).



La **Fondation Phénix** (GE) recherche :  
([www.phenix.ch](http://www.phenix.ch))

**un MEDECIN PSYCHIATRE (100%)**  
pour renforcer ses équipes thérapeutiques

#### Missions :

- Diriger une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmier clinicien, éducatrice spécialisée, assistantes médicales, laborantine);
- Assurer la prise en charge de patients présentant des addictions avec ou sans substances.

#### Profil souhaité :

- Diplôme FMH de médecin spécialisé en psychiatrie-psychothérapie et formation complémentaire dans le domaine des addictions;
- Expérience clinique dans le domaine des addictions indispensable ;
- Expérience avec responsabilité institutionnelle, responsabilité d'encadrement et expérience du travail psychiatrique en réseau.

**Entrée en fonction :** à convenir

Dossier complet à envoyer, de préférence par mail, à :

Dr Marina Croquette-Krokar  
Directrice Générale  
Centre Phénix Administration  
21-23 rue des Rois  
1204 Genève  
[marina.croquette-krokar@phenix.ch](mailto:marina.croquette-krokar@phenix.ch)



# L'AFFAIRE BACLOFÈNE : UNE QUESTION D'INDIFFÉRENCE

*Pascal Gache, Médecin alcoologue/addictologue, Genève*

**Le baclofène a fait couler beaucoup d'encre dans les médias : découverte du produit miracle, polémique autour des résultats obtenus, prudence de la communauté scientifique. Retour sur la genèse de la découverte des effets du baclofène sur l'alcoolisme et l'histoire de sa prise en compte dans le traitement (réd.).**

L'affaire baclofène commence dans un appartement parisien au début des années 2000. Il n'y a qu'un seul protagoniste, Olivier Ameisen. Revenu des Etats-Unis où il exerçait comme cardiologue, il n'a plus de travail et cherche désespérément une issue à un alcoolisme doublé d'une anxiété sévère qui l'empêchent quasiment de sortir de chez lui.

Olivier Ameisen peut regarder sa vie professionnelle avec amertume. Rongé par l'alcool et l'anxiété, il a dû se résoudre à abandonner son métier de médecin avant une faute qu'il craignait par-dessus tout. Aux Etats-Unis, il a beaucoup, vraiment beaucoup, essayé de se libérer de cette dépendance mais il a rechuté après chaque tentative, l'arrêt de l'alcool se révélant à chaque fois une torture aussi douloureuse que la dépendance elle-même, et ce malgré les milliers de réunions des Alcooliques Anonymes auxquelles il a assisté avec courage et ténacité, malgré des psychothérapies impliquant toutes les écoles de pensée, malgré des médicaments, malgré de l'aide de proches, malgré...

Heureusement, il peut continuer de lire des articles scientifiques traitant de l'alcoolisme, ce qu'il fait quotidiennement à la recherche d'une solution. Car il a vraiment tout tenté, en tout cas tout ce qu'on savait faire pour enrayer l'alcoolisme. Incidemment, on lui fait part d'un article du New York Times dans lequel il est question d'un homme paraplégique et cocaïnomane qui a fortement diminué sa consommation de cocaïne depuis qu'il prend du baclofène pour lutter contre des contractures musculaires (spasticité) liées à sa paraplégie. Ameisen court chercher dans les revues scientifiques ce qu'on dit du baclofène et il trouve des choses passionnantes. Les effets du baclofène sur l'anxiété et les dépendances sont connus et décrits depuis 1993 par un certain Krupitsky, chercheur ukrainien qui évalue surtout le pouvoir anxiolytique du médicament (1). Ce papier, comme beaucoup d'autres sur le baclofène, n'intéressera personne ou presque. Plus tard, une équipe italienne fera de nombreux travaux sur le baclofène, ils seront quasiment les seuls pendant une décennie (2,3,4). Ameisen lit un article de Colombo qui démontre que les rats alcoolo-préférants (animaux génétiquement modifiés pour boire plus volontiers de l'alcool que de l'eau) se mettent à ne boire que de l'eau si on leur administre une dose suffisamment élevée de baclofène (3 mg/kg). Dès cette dose, l'alcool ne les intéresse plus mais si vous leur administrez à nouveau du placebo, ils retournent à l'alcool comme leurs gènes le leur indiquent (5). Cette démonstration animale avait été faite quelques années plus tôt chez le rat cocaïno-préférant, la dose de suppression de prise de cocaïne était de 5 mg/kg (6).

Fort de cette découverte, Ameisen fait un premier essai de prise de baclofène, en s'étant renseigné auparavant auprès de neurologues prescripteurs de baclofène, car ce médicament leur est bien connu depuis 1974. Non qu'ils traitent des patients alcooliques mais qu'ils utilisent pour soulager et améliorer le confort de leurs patients souffrant de spasticité, ces contractures musculaires invalidantes apparaissant chez bon nombre de personnes atteintes de maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques par exemple. Il faut dire que la dose théorique à laquelle se prépare Ameisen a de quoi effrayer puisqu'elle représente entre 3 et 4 fois les doses habituellement prescrites en neurologie. Bien sûr, les neurologues lui ont dit que dans certains cas de spasticité rebelle, ils n'hésitent pas à prescrire plus, mais ce n'est pas l'ordinaire. Ameisen n'a rien à perdre, hanté par une obsession de boire quasi permanente, il est prêt à s'auto-administrer le médicament. Pour ce premier essai, il augmente progressivement la dose et atteint 180 mg/j. Il se sent mieux, moins anxieux mais l'envie de boire demeure... échec. Quelques semaines plus tard, il fait une nouvelle tentative, ce sera la bonne. Sevré d'alcool, il reprend du baclofène, bien décidé cette fois à trouver la dose qui le libérera de son craving, cette pensée obsédante de boire ou de résister à l'envie de boire. A 270 mg/j soit 3,4 mg/kg, il fait une expérience curieuse dans un bar, il regarde des bouteilles de whisky, un de ses alcools préférés, et contrairement à ce qu'il a mille fois vécu, cette vision de dives bouteilles alignées ne le traumatise pas, son cerveau les traite comme des objets sans intérêt particulier. Ameisen est incrédule. Il continue de regarder les objets de son calvaire, leur pouvoir maléfique a disparu. Indifférent, ce sera le mot qu'il emploiera pour décrire cette situation nouvelle dans laquelle la préoccupation de boire ou de s'abstenir de boire a disparu. Ameisen se dit qu'il a trouvé ce qu'il cherchait depuis si longtemps et surtout qu'il a trouvé ce à quoi personne ne croyait : ne pas boire sans être obsédé par l'idée de boire. Indifférence.

Ameisen constate, on est en 2004, que ce confort obtenu, cette indifférence, persiste au long des mois. Il décide de publier son expérience. Son article est mis en ligne fin 2004 et paraît dans *Alcohol and Alcoholism* en janvier 2005 (7). Ameisen pense qu'il va recevoir des centaines de mails de personnes intéressées par cette découverte. Rien, ou presque, ne se passe. Indifférence totale du monde de l'alcoologie. Il faut dire que si la revue *Alcohol and Alcoholism* est une très bonne revue d'alcoologie, son public fait de chercheurs et de cliniciens est assez clairsemé.

Ameisen, libéré de son alcoolisme, va entrer en croisade car il pense qu'il a fait une découverte majeure : se libérer de l'enfer de la dépendance sans faire un effort intense et prolongé comme le requièrent les traitements habituels. Pour se faire entendre, il va multiplier les contacts en France et à l'étranger pour faire valoir son hypothèse : « il faut supprimer le craving des alcooliques, le réduire est insuffisant. Le baclofène est le seul à pouvoir faire cela, j'en suis la preuve. » Il s'adresse à plusieurs professeurs français en leur demandant de faire une étude en bonne et due forme afin de confirmer son hypothèse. On le reçoit poliment, on lui dit « c'est formidable », mais personne ne s'intéresse vraiment à son idée. Indifférence. D'autant que l'industrie pharmaceutique n'est pas intéressée au développement d'un médicament dont la licence de commercialisation est dans le domaine public. Quel laboratoire voudrait investir quelques millions de francs, de dollars ou d'euros dans une molécule dont la commercialisation appartient à celui qui s'y intéresse. Indifférence totale de l'industrie pharmaceutique.

Devant ce qu'il considère comme un déni de sciences, Ameisen se décide à écrire un livre « grand public » pour faire savoir ce qu'il a découvert (8). Entre-temps l'auteur de ces lignes aura invité Ameisen à deux reprises aux Hôpitaux Universitaires de Genève et commencé de prescrire le baclofène à hautes doses, selon le protocole Ameisen, dès mai 2006. Le livre paru en octobre 2008 est un succès immédiat. Des centaines de patients alcooliques se précipitent pour l'acheter, le lisent et courent chez leurs médecins pour demander la prescription salvatrice. Dans 99 % des cas, ils se voient refuser celle-ci. Traitement inconnu, indication non répertoriée, doses trop élevées... Seuls quelques fantassins tentent l'aventure et décident de braver la frilosité générale. Ils seront rapidement submergés par les demandes de traitement et décideront que les risques pris par cette prescription sont largement compensés par les premiers résultats spectaculaires qu'ils enregistrent rapidement.

Parallèlement les médias s'emballent, tous les journaux français mais aussi étrangers s'intéressent à l'affaire baclofène. Les passions se déchaînent entre ceux qui « y croient » et ceux qui pensent qu'on leur a déjà fait le coup du médicament « miracle ». Les sociétés savantes donnent leur avis, plutôt négatif, et enjoignent les éventuels prescripteurs à se retenir et à en rester aux prescriptions d'usage.

D'où vient cette réticence ? Pour la réponse, personne n'est d'accord. Sans doute et comme toujours en pareil cas, les explications sont multiples.

Tout d'abord, la crainte des effets indésirables du baclofène donné à hautes doses. On connaît bien le baclofène, son profil pharmacologique est parfaitement circonscrit depuis les presque 40 ans qu'il est prescrit. Mais, aux doses proposées, ces effets seront-ils les mêmes ? Ne va-t-on pas exposer les patients à un remède pire que le mal ? Car la liste des effets indésirables du baclofène est longue : certains sont mineurs mais gênants pour la vie quotidienne comme la somnolence, la fatigue musculaire, les vertiges, les crampes musculaires, les troubles du sommeil, les douleurs abdominales. D'autres, sont plus sévères comme l'accès maniaque, la dépression, le

syndrome confusionnel, la crise d'épilepsie. Ces effets indésirables sont réversibles à l'arrêt du traitement ou tout au moins à la réduction de la dose. Mais ils peuvent évidemment entraver le bon déroulement du traitement. Devant cette liste d'effets indésirables potentiels, les médecins ont peur. Et pourtant l'alcoolisme est une maladie potentiellement mortelle. Les autres raisons de la frilosité sont liées au manque de preuves formelles d'efficacité. On ne peut conclure à partir d'un cas. Ce qui était infiniment vrai à l'époque de la parution du livre mais l'est beaucoup moins aujourd'hui après la publication de plusieurs études et surtout les témoignages très nombreux de patients « guéris » par le baclofène. Enfin, on ne peut exclure des conflits d'intérêts de certains alcoologues réputés. Mais ce ne sont pas tant les conflits d'intérêt financiers qu'on peut imaginer, mais plutôt des conflits liés à l'origine de la découverte, à la personnalité de celui qui a cherché à la faire valoir et qui n'a pas hésité à invectiver tel ou tel pour les obliger à se positionner et au chambardement conceptuel initié par ce médicament. Car l'irruption du baclofène dans le champ alcoolologique a bousculé avec force le concept d'abstinence qui prévalait jusque-là. Si l'abstinence était une obligation pour l'écrasante majorité des patients alcoolodépendants, cette abstinence était pour la plupart des patients subie et non choisie. Cette contrainte vécue souvent de façon très négative dans une société où l'alcool est presque partout est à l'origine de nombreuses rechutes et de violentes désillusions des patients convaincus qu'après plusieurs mois voire années d'abstinence, ils pourraient reboire un peu sans déclencher à nouveau les phénomènes de dépendance. Le baclofène prend ce dogme à contrepied car il permet, pour ceux qui le veulent, de boire un peu sans renouer avec les affres du craving, cette envie irrépressible de consommer de l'alcool qui détériore si considérablement la qualité de vie des patients qui s'arrêtent de boire.

Ainsi l'affaire continue entre émissions de télévision, interviews et accusations diverses. On moque les « excités du baclofène » autant que les « vendus à l'industrie pharmaceutique », mais le baclofène poursuit sa route grâce à ses résultats qui se diffusent sur la toile.

En 2010, paraît une première étude ouverte (c'est-à-dire sans groupe comparatif) qui donne des résultats encourageants et prometteurs (9). On y apprend par ses auteurs que la dose moyenne reçue par les patients est de 150 mg/j. Cette dose est indépendante du poids et plus probablement dépendante de la quantité d'alcool bue avant le traitement. On y découvre les principaux effets indésirables liés à cette prescription à haute dose. Ils sont ceux qu'on attendait avec une fréquence relativement élevée. Ils s'atténuent avec le temps et disparaissent en cas d'interruption du traitement. Ces effets indésirables sont plus ou moins bien supportés par les patients, certains s'en accommodent, d'autres préfèrent arrêter le traitement, trop gênés par ceux-ci. Enfin, on constate avec enthousiasme que les patients demandeurs de ce traitement s'en sortent plutôt bien après trois mois de traitement. Deux tiers d'entre eux vont mieux ou beaucoup mieux. Deux autres publications vont venir corroborer cette première étude. L'une confirme les chiffres d'amélioration, l'autre que

les résultats se maintiennent lorsqu'on suit les patients deux ans. Cette dernière étude démontre que les effets du baclofène perdurent dans le temps, ce qui est très nouveau en matière de traitement de l'alcoolodépendance (10,11).

2010 est également l'année où un groupe de soignants, de patients et de proches décide de créer une association de promotion du traitement de l'alcoolisme par le baclofène. Cette association du nom de AUBES (Association des Usagers du Baclofène Et Sympathisants) a pour mission de faire connaître le traitement, de diffuser des noms de médecins prescripteurs et encore de faire pression sur les médias et les décideurs politiques ([www.baclofene.fr](http://www.baclofene.fr)). Elle a ouvert un forum pour les patients et le public ainsi qu'un forum pour les médecins. Une autre association de patients a également vu le jour quelque temps plus tard ([www.baclofene.com](http://www.baclofene.com)).

En 2012 et en 2013 deux études randomisées en double aveugle (le nec plus ultra sur le plan méthodologique) ont commencé. Les premiers résultats seront accessibles en mai 2014. D'ici là de plus en plus de patients auront pris du baclofène, la plupart avec succès, n'en déplaise à ses détracteurs qui ne voient dans le baclofène qu'un avatar du traitement de l'alcoolisme comme on a pu en connaître par le passé. Renaud de Beaurepaire, dans un livre récemment paru, affirme, péremptoire, que ces études sont maintenant inutiles tant les résultats du baclofène sont probants (12).

Devant cette étonnante histoire d'un traitement qui devient une référence en dehors des voies habituelles et notamment en dehors de l'industrie pharmaceutique, bon nombre de spécialistes s'interrogent. Le baclofène se suffit-il à lui-même ? Faut-il adjoindre à ce médicament la panoplie habituelle des prises en charge de l'alcoolisme ? On manque encore de chiffres pour répondre mais il semble bien qu'une partie des patients puisse se sortir de l'alcoolisme avec l'aide du baclofène et d'un suivi médical régulier sans rien d'autre. Une autre partie des patients aura besoin d'un soutien psychique plus marqué, sous forme d'une psychothérapie par exemple et, au besoin, de médicaments psychotropes. Dans tous les cas, ils peuvent fréquenter les mouvements d'entraide s'ils le souhaitent et si ces mouvements sont prêts à les accueillir.

D'autres dépendances semblent sensibles aux effets du baclofène, les dépendances à l'héroïne, à la cocaïne, au cannabis ou encore certains troubles du comportement alimentaire. L'avenir nous en dira plus. La dépendance au tabac est malheureusement imperméable au baclofène.

Le baclofène nous apparaît comme une véritable révolution thérapeutique dans le champ des dépendances. Il ne laisse pas indifférent ! Les patients traités avec succès par ce médicament n'en reviennent toujours pas d'être libérés de l'enfer du craving et de l'obsession. Et surtout, le résultat est obtenu au prix d'un effort acceptable que les patients peuvent prolonger dans le temps. Pas besoin d'être un héros pour se sortir de l'alcoolisme, c'est la garantie que les résultats de son traitement vont s'améliorer et que l'indifférence à l'alcool ressentie par les patients traités n'est pas une chimère.

## Références :

1. Krupitsky, E.M., Burakov, A.M., Ivanov, V.B., Krandasova, G.F., Lapin, I.P., Grienko, A.J. and Borodkin, Y.S. (1993) Baclofen administration for the treatment of affective disorders in alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence* 33, 157-163 Olivier Ameisen. Le dernier verre. Denoël, 2008
2. Addolorato, G., Caputo, F., Capristo, E., Colombo, G., Gessa, G. L. and Gasbarrini, G. (2000) Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II- a preliminary clinical evidence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 24, 67-71.
3. Addolorato, G., Caputo, F., Capristo, E., Domenicali, M., Bernardi, M., Janiri, L., Agabio, R., Colombo, G., Gessa, G. L. and Gasbarrini, G. (2002a) Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism* 37, 504-508
4. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, Abenavoli L, D'Angelo C, Caputo F, Zambon A, Haber PS, Gasbarrini G. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007;370(9603):1915-22
5. Colombo, G., Vacca, G., Serra, S., Brunetti, G., Carai, M. A. and Gessa, G. L. Baclofen suppresses motivation to consume alcohol in rats. *Psychopharmacology* 2003 167, 221-4.
6. Roberts DC, Andrews MM. Baclofen suppression of cocaine self-administration: demonstration using a discrete trials procedure. *Psychopharmacology (Berl)*. 1997 Jun;131(3):271-7.
7. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol and Alcoholism* 2005 Mar-Apr; 40(2): 147-50
8. Ameisen O. Le dernier verre. Denoël, 2008
9. Ameisen O, De Beaurepaire R. Suppression de la dépendance à l'alcool et de la consommation d'alcool par le baclofène à haute dose : un essai en ouvert. *Annales Médico-Psychol* 2010 ; 168 :159-162
10. Rigal L, Alexandre-Dubroeuq C, de Beaurepaire R, Le Junne C, Jaury P. Abstinence and 'low-risk' consumption 1 year after the initiation of high-dose baclofen: a retrospective study among 'high-risk' drinkers. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(4):439-42
11. de Beaurepaire R. Suppression of alcohol dependence using baclofen: a 2-year observational study of 100 patients. *Front Psychiatry*. 2012;3:103. Epub 2012 Dec 3
12. de Beaurepaire R. Vérités et mensonges sur le baclofène. Albin Michel, 2013 ; 200 pp.

## Courriel :

pascal.gache@gm2ponts.ch

# EVALUER LA COMPÉTENCE À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL GRÂCE À UN OUTIL DE CODAGE : LE MITI (MOTIVATIONAL INTERVIEWING TREATMENT INTEGRITY)

*Cristiana Fortini, psychologue associée et Jean-Bernard Daeppen, chef de service, Service d'alcoologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne*

**Cet article présente un outil de codage, le MITI, permettant d'évaluer, du moins en partie, la technique de l'entretien motivationnel, dont les bénéfices en matière de traitement des addictions n'est plus à démontrer. (réd.)**

## L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : UNE CONVERSATION AUTOUR DU CHANGEMENT

L'entretien motivationnel (EM) est un style de communication collaboratif, orienté vers un objectif et porte une attention particulière au langage autour du changement. Il vise à renforcer la motivation personnelle et l'engagement au changement par l'évocation et l'exploration des raisons de changer propres à la personne, dans une atmosphère d'acceptation et d'empathie (Miller & Rollnick, 2013). Il se définit aussi bien par son esprit que par ses outils spécifiques.

Depuis la publication du premier ouvrage sur l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 1991), le nombre de publications scientifiques sur cette approche double tous les trois ans. Actuellement, il existe plus de 1200 publications, dont plus de 200 études contrôlées randomisées, reflétant une large variété de problèmes, professions, cadres cliniques et pays. D'une façon générale, la recherche montre que l'entretien motivationnel apporte des résultats bénéfiques (Miller & Rollnick, 2013).

Mais que ce soit dans un contexte de recherche ou de supervision clinique, comment s'assurer qu'il s'agit bien d'entretien motivationnel ? Et, si c'est le cas, comment déterminer dans quelle mesure il s'agit d'un bon entretien motivationnel ?

## EVALUER LA COMPÉTENCE À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Le patient, le thérapeute, le contexte et l'interaction entre ces trois composants vont rendre la rencontre plus ou moins efficace (Miller & Rollnick, 2013). Pour évaluer cette rencontre, la description qu'en fera le thérapeute est le plus souvent incomplète ou incorrecte. De même, une simple observation peut amener l'observateur à focaliser sur le contenu et passer à côté de détails importants du processus. Avoir une structure pour cette observation peut dès lors s'avérer utile : coder une interaction est sans doute la meilleure façon de rentrer dans l'entretien et de comprendre ce qui s'y passe.

Alors comment procéder ? Faut-il enregistrer des entretiens ? En audio ou en vidéo ? Retranscrire ou non l'interaction ? De quelle longueur doit idéalement être le segment que l'on écouterait ? Quelles dimensions faut-il prendre en compte ? Comment les mesurer ? Va-t-on privilégier des dimensions globales ou des mesures plus spécifiques ?

## LE MITI (MOTIVATIONAL INTERVIEWING TREATMENT INTEGRITY)

Le MITI constitue un de ces outils de codage qui nous permet d'évaluer la compétence du thérapeute à mener un entretien motivationnel. Il a été développé aussi bien pour mesurer l'adhésion à l'entretien motivationnel dans le cadre d'études cliniques qu'en tant qu'outil de feedback structuré, visant à améliorer la pratique clinique. Il est issu du MISC (Motivational Interviewing Skills Code) (Moyers et al, 2003), outil de codage plus complexe qui étudie aussi bien le langage du thérapeute que celui du patient. Le MITI, quant à lui, se focalise exclusivement sur le thérapeute. La version la plus récente est la version MITI 3.1.1.

Vu que l'entretien motivationnel vise à faciliter le changement, il est essentiel d'identifier le comportement cible (arrêter de boire ou de fumer, faire du sport, prendre ses médicaments, etc.) pour effectuer un codage MITI.



En rapport avec ce comportement cible, le MITI permet d'une part d'attribuer des scores globaux selon diverses dimensions, codées sur des échelles de Likert à cinq points, et, d'autre part, d'identifier et de comptabiliser un certain nombre de comportements de l'intervenant.

### Les scores globaux

Les scores globaux reflètent l'impression générale du codeur quant à l'aptitude de l'intervenant à atteindre le but mesuré par chaque dimension. L'interaction est codée selon 5 dimensions globales :

- l'évocation : à quel point le thérapeute fait évoquer au patient ses propres arguments en faveur du changement, plutôt que de les lui fournir ;
- la collaboration : à quel point le thérapeute se place en tant que partenaire du patient plutôt qu'en tant qu'expert ;
- l'autonomie/soutien : à quel point le thérapeute encourage et soutient la perception qu'a le patient du choix, plutôt que de tenter de contrôler ce choix ;
- la directivité : à quel point le thérapeute reste focalisé sur le comportement cible (notons qu'un score élevé à cette échelle ne reflète pas nécessairement une meilleure utilisation de l'entretien motivationnel) ;
- l'empathie : à quel point le thérapeute tente de comprendre le point de vue du patient et le lui communique.

### Les décomptes de comportements

Chaque intervention du thérapeute est divisée en « unités de pensées ». A chaque unité de pensée est attribuée un code, défini de façon élaborée dans le MITI :

- donner de l'information : lorsque le thérapeute fournit une information, un feedback, un avis ;
- adhérence à l'EM : lorsque le thérapeute demande la permission avant de fournir une information ou un conseil, lorsqu'il valorise le patient, lorsqu'il renforce son autonomie, lorsqu'il le soutient ;
- non-adhérence à l'EM : lorsque le thérapeute fournit un conseil sans en avoir obtenu la permission, lorsqu'il confronte le patient, lorsqu'il dirige en lui donnant des ordres ;
- question : il faudra spécifier s'il s'agit d'une question ouverte ou fermée ;
- reflet : le reflet simple sera distingué du reflet complexe.

Certains propos du thérapeute, tels que les salutations, des pensées incomplètes, des éléments de structure, etc. ne sont pas codés dans le MITI.

Une fois le codage effectué, des scores composites seront calculés (score d'esprit global, pourcentage de reflets complexes, pourcentage de questions ouvertes, rapport entre reflets et questions, pourcentage d'adhérence à l'EM) qui permettront de comparer la performance du thérapeute à des seuils de compétence établis.

Les deux composantes du MITI, scores globaux et décomptes de comportements, sont complémentaires.

Les scores globaux permettent d'apprécier l'entretien dans son ensemble, décrivant la qualité moyenne de l'interaction. Parce que les termes tels que « évocation », « collaboration » et les autres peuvent avoir des significations différentes d'une personne à l'autre, les auteurs du MITI proposent des descriptions détaillées de chaque score dans chacune des dimensions globales. Mais même avec de bonnes définitions, il reste difficile d'obtenir une bonne fidélité inter-juges (dans quelle mesure deux codeurs indépendants vont attribuer un même score). Dans un contexte de recherche, la formation des codeurs sera essentielle. Cette fidélité est plus facile à obtenir pour les décomptes de comportements qui analysent des compétences plus « techniques ».

Par ailleurs, les scores globaux, quoique importants pour avoir une impression générale d'un entretien et en évaluer l'esprit sous-jacent, sont moins utiles pour aider une personne à parfaire ses compétences. Comptabiliser la fréquence de comportements tels que questions, reflets, etc. permet de fournir un feedback précis et donner des pistes concrètes vers un perfectionnement des compétences. En effet, dire par exemple à quelqu'un de « faire davantage de reflets et poser de questions » est plus utile que lui dire d'être « plus empathique » (Miller & Rollnick, 2013).



Photo : SXC

Relevons que le MITI ne permet pas de détecter une utilisation particulièrement sophistiquée de l'entretien motivationnel et peut parfois engendrer une certaine frustration lorsque l'on souhaite l'utiliser comme tel. Certaines dimensions de l'EM ne sont pas capturées par cet outil et il est important d'en tenir compte. Par exemple, les décomptes de comportements ne tiennent pas compte de la qualité des questions ou des reflets (sont-ils pertinents et favorisent-ils l'évocation du discours-changement ?), ne relèvent pas les occasions ratées, etc. De façon similaire, le MITI ne tient pas compte du contexte de l'interaction (Moyers et al, 2005).

## EN CONCLUSION

Pour des cliniciens, des formateurs et des superviseurs, le MITI représente un outil économique pour évaluer la compétence en entretien motivationnel. Les cliniciens peuvent l'employer pour s'auto-évaluer, il permet de déterminer l'efficacité de stratégies de formation ou de fournir du feedback précis à des personnes qui souhaitent parfaire leurs compétences en EM. Pour les chercheurs, le MITI constitue un outil de mesure de l'adhésion à l'entretien motivationnel pour des études cliniques qui ont recours à l'entretien motivationnel.

Malgré ses limitations, le MITI constitue un outil intéressant de codage pour évaluer dans quelle mesure une intervention donnée constitue un entretien motivationnel.

### Courriel :

Cristiana.Fortini@chuv.ch

### Références :

Miller WR & Rollnick S (1991). *Motivational Interviewing – Preparing people to change addictive behaviors*. New York : Guilford Press.

Miller WR & Rollnick S (2013). *Motivational Interviewing – Helping people change*. Third edition. New York : Guilford Press.

Moyers T, Martin T, Catley D, Harris KJ & Ahluwalia JS (2003). Assessing the integrity of motivational interviewing interventions : reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177-184.

Moyers T, Martin T, Manuel JK, Hendrickson S & Miller WR (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19-26.

## AUTOMNE 2013



### « CE QUE PARLER VEUT DIRE » : COMPRENDRE LE DÉNI (En partenariat avec l'IREMA)

La formation s'attachera à préciser et à distinguer les phénomènes que l'on identifie généralement comme « déni » pour ensuite en tirer des modalités d'interventions nouvelles. Elle mobilisera l'addictologie, la psychologie et les sciences du langage.

#### OBJECTIFS :

- Clarifier ce que l'on entend par « déni » en distinguant les niveaux institutionnels, psychiques et langagiers
- Comprendre les difficultés relationnelles induites
- En repérer les manifestations lors d'un entretien ou dans un groupe de paroles
- Se construire une modalité d'intervention qui respecte la fonction de ce que l'on nomme « déni »

**DATES :** Jeudi 19 et vendredi 20 septembre 2013

### ADDICTION - CRISE : POURQUOI ET COMMENT IMPLIQUER L'ENTOURAGE FAMILIAL ET COMMUNAUTAIRE ? (En partenariat avec le Service d'addictologie HUG)

Se basant sur les fondements théoriques de l'intervention systémique de crise auprès des familles rencontrant un problème d'addiction, cet atelier se propose d'apporter des outils pour comprendre les dynamiques et les problématiques spécifiques, pour aborder les crises, pour faire face aux violences, pour intervenir auprès des jeunes et de leurs familles, tout en prenant en compte le contexte communautaire.

**DATE :** Mercredi 25 septembre 2013

### LES MODES DE CONSOMMATION DES PRODUITS ET LES RISQUES ASSOCIÉS

Cette formation propose une mise à jour des différents modes de consommation (ingestion, sniff, inhalation, injection) et des risques qu'ils peuvent engendrer.

#### OBJECTIFS :

- Promouvoir une consommation à moindre risque
- Favoriser des outils de réduction des risques et les messages associés

**DATE :** Mardi 1 octobre 2013

### LE SECRET PROFESSIONNEL ET SES IMPLICATIONS

Cette journée est conçue pour travailler des situations délicates sur les plans juridique et éthique en lien avec le secret professionnel et le secret de fonction.

#### OBJECTIFS :

- Délimiter le cadre légal : droits fondamentaux, loi sur la protection des données, secret professionnel, secret de fonction, obligations de signaler
- Etre capable de repérer les enjeux (droits, intérêts et conséquences) d'un échange ou d'un refus d'échange d'informations
- Etre capable de discuter une appréciation sur la pertinence de révéler ou de taire une information, et d'argumenter sa position

**DATE :** Mardi 12 novembre 2013

Info et inscriptions | [www.grea.ch](http://www.grea.ch) | 024 426 34 34

# LA DÉMARCHE DES ACHATS-TESTS : EST-CE QUE LA FIN JUSTIFIE TOUS LES MOYENS ?

*Rose-Marie Notz, chargée de projet en prévention à la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)*

**Cet article témoigne de l'expérience vaudoise en matière d'achats-tests (AT). Un groupe pluridisciplinaire (prévention, jeunesse, police, vente) s'est penché sur la faisabilité de cette démarche et trois points ont particulièrement fait l'objet de discussions : la finalité préventive ou répressive de cette action et ses implications, le mode de sélection des établissements et la question éthique de l'instrumentalisation des mineurs.<sup>1</sup> Cet article partage les réflexions qui ont accompagné la mise en place de ce processus et ont permis de clarifier un positionnement (réd.).**

## LES ACHATS-TESTS D'ALCOOL : UNE MESURE STRUCTURELLE PLÉBISCITÉE

Au début des années 2000, des études internationales portant sur l'efficacité de la prévention des risques liés à la consommation d'alcool ont relativisé la portée des mesures comportementales et mis en avant l'impact fort, à moindre coût, de certaines mesures structurelles (prix, accessibilité, etc.).<sup>2</sup> Parallèlement, diverses enquêtes suisses ont aussi montré que l'âge des premières alcoolisations survient dans l'ensemble plus précocement et que les adolescents ont facilement accès aux boissons alcooliques. Depuis lors, les milieux politiques sont en quête de solutions pour mieux protéger la jeunesse. Actuellement, les propositions qui font l'objet de discussions tournent autour de l'accessibilité (horaires de vente, clause du besoin), de l'attractivité des produits (offres d'appel, publicité), des sanctions pour la remise ou la vente aux mineurs (augmentation des contrôles) et de l'éventualité d'un âge unique pour la vente d'alcool à partir de 18 ans. Certaines de ces propositions sont basées sur la notion de responsabilité individuelle (on vise l'auteur de la faute, le vendeur par exemple) alors que d'autres se réfèrent à la responsabilité collective (l'Etat intervient en limitant les horaires de vente par exemple). La démarche des AT, qui est une mesure plébiscitée, se focalise essentiellement sur l'auteur de la faute. Elle permet aussi de photographier l'état du problème, constater son évolution dans le temps et proposer des actions de prévention.

Les AT ont pour objectif de vérifier que le personnel des points de vente respecte les âges légaux pour la vente d'alcool. Le but de cette activité étant de diminuer l'accessibilité des boissons alcooliques pour les mineurs et ainsi renforcer la prévention de la consommation précoce, dommageable pour la santé. Concrètement, les AT sont réalisés par des adolescents qui vont tenter d'acheter ou de se faire servir des boissons alcooliques alors qu'ils n'ont pas l'âge

requis, soit 16 ans révolus pour les alcools fermentés (vin, bière, cidre) et 18 ans révolus pour les alcools distillés ou considérés comme tels (spiritueux, apéritifs, alcopops). Ils sont accompagnés d'un adulte, qui ne se présente pas directement avec eux, pour vérifier le bon déroulement de la procédure et pouvoir intervenir en cas de problème.

On parle d'AT depuis le début des années 2000 en Suisse, dans les milieux de la prévention, suite au constat de la faible application de la législation pour le respect des âges légaux de vente d'alcool et de la difficulté pour la police d'établir la preuve de la faute. A partir de 2008, le débat autour des AT s'est intensifié sous l'impulsion de la Régie fédérale des alcools (RFA) qui propose d'introduire une base légale pour ceux-ci à l'occasion de la révision totale de la loi sur l'alcool. Afin d'en prouver l'efficacité, elle mandate un institut privé pour réaliser l'inventaire des expériences suisses, formaliser un guide pour leur mise en œuvre, puis suivre l'évolution des résultats au niveau national<sup>3</sup>.

En 2011, 25 cantons réalisent des AT d'alcool. Parmi les pionniers on trouve Berne, Zurich et Bâle-Campagne qui ont mené respectivement entre 7 et 8 campagnes depuis l'an 2000 et ont vu leur taux de vente illicite baisser. Si l'on s'en tient aux chiffres globaux pour la Suisse présentés par la RFA, la pratique des AT est une mesure efficace puisque l'on est passé d'un taux de vente illicite de 83,5 % (pour 85 AT) en l'an 2000 à 30,4 % (pour 5518 AT) en 2011.

## TÉMOIGNAGE DE CAMPAGNE

### Une organisation conséquente

En 2011, le Service de la santé publique du canton de Vaud a mandaté la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme pour effectuer une campagne d'achats-tests en collaboration avec la Croix-Bleue romande, pour la récolte des données, et Addiction Suisse, pour la partie scientifique. Au total, 345 AT ont été effectués sous la forme du monitoring. Le taux de vente moyen de cette première campagne s'élève à 85,5 %. Ce taux a une valeur statistique pour les points de vente à l'emporter et à consommer sur place. Un échantillon sup-

<sup>1</sup> Ce projet cantonal, financé par le Service de la santé publique, sera réalisé sous la forme du monitoring dans le cadre d'une phase pilote permettant de mettre en place deux campagnes d'AT. La première a eu lieu en 2011 et la deuxième se fera en 2013. Le monitoring est une activité de surveillance et de mesure d'une activité. Dans le cadre des AT cela permet d'établir une photographie de la situation, les données restent anonymes, ce qui exclut les dénonciations.

<sup>2</sup> Alcohol - no ordinary commodity, Babor et al, 2003.

<sup>3</sup> Institut FERARIHS, Dr. Margret Rihs-Middel, 1752 Villars-sur-Glâne, <http://www.ferarihs.ch/fr/mainframe.html>

plémentaire de 40 AT a permis d'établir une tendance en milieu festif où aucun refus de vente n'a été constaté.

L'équipe de travail était composée de sept accompagnants et douze clients mystères âgés de 14 à 17 ans (six filles et six garçons). Parmi les détails à régler, il y a eu la sélection des candidats, la formation de l'équipe, le calendrier ainsi que le débriefing de fin de campagne avec un intervenant externe. La récolte des données sur le terrain a nécessité à peu près trois semaines à temps complet.

Cette démarche, sous la forme choisie, demande une organisation conséquente et minutieuse qui engage beaucoup de temps et a de ce fait un certain coût : coordination, planification, logistique (véhicules, argent liquide), itinéraires, listing d'adresses à jour, gestion des comptes (boissons, repas, déplacements, salaires), rassemblement et analyses des données. Dans ce contexte, un achat-test coûte près de 170 francs (sans les frais de coordination).

La gestion des AT n'est pas toujours simple pour les adolescents et ce malgré la présence d'un accompagnant à proximité. Ils ont quelquefois été confrontés à des situations désagréables : ton menaçant du tenancier, poursuite dans la rue, propos grossiers d'autres clients. Ces situations ont été discutées et mises en perspective au cours du débriefing.

Il n'est pas toujours facile de se sentir à l'aise dans ces contextes que ce soit pour les jeunes (crainte d'être pris en faute) ou les accompagnants (formation dans le domaine socio-éducatif). Ce type d'activité ressemble à celui d'enquêteur, même s'il n'y a pas de sanction à la clé. Il est nécessaire de cacher le fait que l'on est arrivé ensemble, se garer n'est pas toujours simple suivant le lieu, il faut sortir de l'établissement de manière discrète. Les verres d'alcool non consommés restent sur la table et les tenanciers ont parfois des réactions nerveuses en sentant une situation étrange. Les jeunes ont parfois regretté de devoir reconnaître la vente car ils ont éprouvé de l'empathie pour le personnel. En tous les cas, le terme d'enquête sous couverture est assez parlant pour illustrer l'activité des AT.

### La norme sociale doit évoluer

Selon une étude qualitative réalisée par Addiction Suisse pour le CIPRET-Vaud lors des achats-tests de tabac<sup>4</sup>, il est constaté : « *Le personnel de vente connaît la loi, la soutient,*

4 Interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs dans le canton de Vaud. Evaluation de l'application de la loi relative aux commerces de détail par la technique du client « mystère », H. Kuendig, A. Schweizer, G. Gmel, Addiction Info Suisse, rapport de recherche n°44, février 2008, p. 18-21.

*mais constate sa non application. Il fait face à des incivilités et se gêne de demander une pièce d'identité aux clients. Les formations et processus mis en place par les principales enseignes de distribution alimentaire semblent faciliter l'application de la loi, ainsi que les systèmes de blocage de caisse et d'achats-tests internes effectués par ces mêmes enseignes ».*

Les difficultés qui sont énoncées par le personnel de vente sont les suivantes : estimer l'âge des clients, oser demander une pièce d'identité, la peur du scandale. Leurs attentes seraient de recevoir un soutien plus marqué de la part de leurs supérieurs, une sensibilisation de la clientèle et la responsabilisation des clients adultes. Les résultats de la campagne d'achats-tests vaudoise montre que la demande d'une pièce d'identité n'a été formulée que dans 12,2 % des cas et que la grande distribution a des résultats moins mauvais que l'ensemble qui se traduisent par un taux de ventes illégales de 42,5 %.

## FAUTE DE PREUVES, LES ACHATS-TESTS NE FONT PAS ENCORE ACTE DE LOI

Aucune loi n'interdit la pratique des achats-tests sous la forme du monitoring. On peut donc considérer qu'elle est légale sous certaines conditions déontologiques vis-à-vis des commerçants<sup>5</sup> et des jeunes acheteurs<sup>6</sup>. C'est à partir du moment où il y a dénonciation aux autorités de police que se situent les difficultés d'ordre légal, que ce soit au niveau administratif ou pénal. La recevabilité des preuves

obtenues par les AT est contestée sur deux notions : celle de l'agent provocateur<sup>7</sup> et celle de l'investigation secrète (enquête sous couverture)<sup>8</sup>.

La ville de Zurich, qui a pratiqué la forme du monitoring lors de ses campagnes, a souhaité récemment donner une base légale aux AT afin

de pouvoir sanctionner les contrevenants récidivistes. Mais, en décembre 2011, la Cour suprême du canton de Zürich a finalement jugé que les AT constituaient des moyens d'enquête sous couverture et que ceux-ci ne pouvaient donc pas être exploités dans le cadre d'une procédure pénale. En

5 Mandant officiel reconnu, anonymat des résultats, mise en situation loyale (jeunes qui font leur âge, etc.).

6 Protection de l'identité, accompagnement qualifié, formation, pas de visite dans le lieu de résidence.

7 L'agent provocateur : utiliser des adolescents comme appâts qui incitent les points de vente ou les entreprises à commettre la faute.

8 L'investigation secrète : les achats-tests représentent une enquête sous couvert d'anonymat dans le sens de la loi fédérale concernant l'investigation secrète. Acceptable seulement pour des délits graves et requiert une autorisation préalable sinon les preuves sont irrecevables.



janvier 2012, le Tribunal fédéral (TF) a statué sur le recours du Ministère public du canton de Bâle-Campagne et il est arrivé aux mêmes conclusions. Le TF a toutefois indiqué qu'il incombe au législateur de décider si une réglementation spéciale pour les AT d'alcool se justifie dans les lois concernées.

C'est la raison pour laquelle l'introduction d'une base légale pour les AT est proposée dans le cadre de la nouvelle loi sur le commerce de l'alcool (LCal) actuellement en discussion<sup>9</sup>. Parallèlement, le Conseil national a accepté, en décembre 2011, la motion Ingold qui vise la création d'une base légale pour les AT. Comme on le voit, cette question est d'actualité.

## UNE MÉTHODOLOGIE À GÉOMÉTRIE VARIABLE

Pour la pratique des achats-tests, il n'existe pas un modèle de référence unique et de nombreux paramètres peuvent avoir une influence sur les résultats. La méthodologie employée varie souvent en fonction du mandataire de l'opération (entreprise privée, commune, canton) et des objectifs poursuivis (fréquence des enquêtes, avec ou sans dénonciation). De nombreux autres critères peuvent modifier la nature des résultats : la sélection des établissements visités, leur nombre, le profil des jeunes et pour quels types d'achats. Par ailleurs, peu de campagnes d'AT sont représentatives statistiquement car cela engage des moyens conséquents ; il a fallu réaliser 345 AT dans le canton de Vaud pour assurer cette représentativité statistique.

9 Proposition d'introduire dans la nouvelle loi sur le commerce de l'alcool, LCal, l'article 13 sur les achats-tests :

1. Les autorités chargées de l'exécution de la présente loi peuvent effectuer ou ordonner des achats-tests afin de vérifier si les limites d'âge prescrites pour la remise de boissons alcooliques sont respectées.
2. Les résultats des achats-tests ne peuvent être utilisés dans des procédures pénales et administratives que si :
  - a. les adolescents enrôlés et les personnes qui détiennent l'autorité parentale sur ceux-ci ont donné leur accord écrit quant à leur participation aux achats-tests ;
  - b. les achats-tests ont été organisés par les autorités ou une organisation spécialisée reconnue ;
  - c. il a été examiné que les adolescents enrôlés conviennent pour l'engagement prévu et qu'ils y ont été suffisamment préparés ;
  - d. les adolescents ont rempli leur tâche de manière anonyme et ont été accompagnés par un adulte ;
  - e. aucune mesure n'a été prise pour dissimuler l'âge réel des adolescents ;
  - f. les achats-tests ont été immédiatement protocolés et documentés.
3. Le Conseil fédéral règle en particulier :
  - a. la reconnaissance et la surveillance des organisations spécialisées impliquées ;
  - b. les modalités concernant l'engagement, l'instruction, l'accompagnement et la protection de la personnalité des adolescents participants ;
  - c. les exigences liées au protocole et à la documentation des achats-tests effectués ;
  - d. la communication des résultats aux points de vente concernés.

Ces problèmes méthodologiques ne permettent dès lors pas de faire des comparaisons significatives entre les résultats des campagnes d'AT suisses, ni d'énoncer une moyenne nationale : « De nombreux problèmes méthodologiques ont été recensés, notamment dans la saisie des données et démontrent qu'une standardisation de la pratique est souhaitable »<sup>10</sup>.

Dans le magazine de la RFA datant d'avril 2012, un article consacré aux AT se termine sur ces propos : « Quant aux particuliers, ils peuvent eux aussi effectuer des achats-tests et dénoncer les entreprises fautives aux autorités cantonales. »<sup>11</sup>. Entre le fait de dénoncer un commerçant pour vente illégale à un mineur et réaliser une campagne d'AT, il y a une différence de taille qui concerne la systématisation d'une procédure de contrôle : est-ce que l'on a poussé à la faute le commerçant ou fait le constat de cette faute et par quels moyens ? Quand on sait que les AT sont actuellement contestés pour faire valoir les éléments de preuve, on peut s'interroger sur le bien-fondé d'y entraîner des citoyens isolés. Dans le canton de Vaud, lors de la réflexion préalable à la mise en place de la première campagne d'AT, le groupe pluridisciplinaire avait mis en avant sa crainte de voir des AT pratiqués de manière sauvage et peu déontologique par des particuliers. Il avait donc recommandé la garantie d'un mandant reconnu par les acteurs en présence (l'article 13, al.2b, de la proposition de loi sur le commerce de l'alcool stipule la même chose).

## LES QUESTIONS ÉTHIQUES ABSENTES DU DÉBAT OFFICIEL

### Le rôle des mineurs dans le cadre des achats-tests

Les questions éthiques<sup>12</sup> que pose la démarche des achats-tests ne sont que très rarement abordées dans les discussions ou même dans les documents officiels traitant du sujet. Pourtant, demander à des adolescents de moins de 18 ans de prendre en défaut des adultes n'est pas anodin. Quelle vision ont-ils de ce qu'ils font ? Juger, contrôler les acteurs de la vente ? Est-ce adéquat ? Le poids moral pour eux n'est pas nul ; il faut se rappeler la part d'incontrôlable dans la démarche des AT : réaction des vendeurs, conséquences de la faute, loyauté envers les commerçants ou envers d'autres jeunes. En cas de procédure pénale, peut-on vraiment garantir la protection de l'identité des adolescents qui ont réalisé les AT ?

10 Les achats-tests. Etude des comportements de vente d'alcool aux mineurs en Suisse (2000-2008), Straccia Claudio et al., Institut Ferarhi, Revue Alcoolologie et addictologie, 2010, vol 32, n° 2, p 95 à 100.

11 Achats-tests d'alcool : succès sur le terrain, controverse sur le plan juridique, Walter Märki, Miriam Sahlfeld, Le magazine de la RFA, avril 2012, p. 24-25.

12 Définition de l'éthique selon J.-F. Malherbe : « C'est le travail que je consens à faire avec d'autres sur le terrain pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre mes valeurs affichées et mes pratiques effectives ».

Le fait pour ces jeunes clients mystères de ne pas pouvoir effectuer d'AT dans leur lieu d'habitation, d'avoir un devoir de réserve, montre bien que cette activité n'est pas anodine, et cela sans même tenir compte de l'éventualité d'une sanction des contrevenants. Le recrutement des adolescents est un sujet délicat. Il faut définir des critères assez fins comme la capacité à se distancier ou une certaine maturité émotionnelle pour effectuer une sélection adaptée des candidats. Faudrait-il établir un âge minimum, par exemple 14 ans révolus<sup>13</sup>, pour réaliser cette activité ? Si l'on s'en tient au débat éthique, la pratique des AT n'est pas recommandée pour des mineurs, tout particulièrement en cas de dénonciation aux autorités de police.

### Une société paradoxale

Et que penser du peu de propositions courageuses pour améliorer la prévention dans le cadre de la révision de la loi sur l'alcool qui est en cours, comme par exemple agir sur les prix bas de l'alcool (en discussion) ou restreindre la publicité ? Pourquoi choisir, dans le cadre de cette révision, les achats-tests qui impliquent des mineurs comme mesure phare de la prévention ? Est-ce parce que cette mesure touche peu la liberté des consommateurs et les intérêts de l'économie puisqu'elle se focalise sur les vendeurs fautifs ? Il existe un paradoxe entre la volonté de protéger la jeunesse et en même temps le fait de l'exposer à une pléthore d'offres alléchantes et peu onéreuses de boissons alcooliques. Finalement, est-ce que cela ne décrédibilise pas les adultes et les autorités aux yeux des adolescents ? Car n'est-ce pas un certain aveu d'impuissance de notre société que de faire appel à des mineurs pour résoudre des problèmes d'adultes, c'est-à-dire faire respecter la loi ?

### Le sentiment de justice

La question de la légitimité des acteurs qui mènent les achats-tests est aussi un point sensible : qu'est-ce qui permet de s'ériger en agent de contrôle d'une activité économique ? Le fait d'être assermenté, comme c'est le cas des policiers par exemple, garantit un certain nombre de pré-supposés : formation adaptée, référence à la loi, engagement solennel à respecter les règles de déontologie en relation avec la mission, référence écrite, discrétion, autorité reconnue au plan social. Pour une activité qui est amenée à être reproduite de nombreuses fois, il semble nécessaire de s'interroger sur cet aspect de légitimité, afin que ceux qui mènent les AT puissent se sentir à l'aise dans leur rôle. Mais aussi, afin que ceux qui sont pris en faute se sentent correctement jugés, dans le respect d'une procédure qui leur garantisse l'accès aux preuves formelles de la faute en cas de sanction, un droit de recours et une certaine discrétion, voire l'anonymat, lors de la publication des résultats.

<sup>13</sup> « Adultes et adolescents admettent qu'à quatorze ans, la capacité de discernement est habituellement acquise », Capacité de discernement des adolescents mineurs : étude qualitative sur les représentations en Suisse romande, S. Henninger, P.A. Michaud, C. Akre, Revue Médicale Suisse, n° 3253, sujet général, p. 1.

## EN CONCLUSION

Les achats-tests comme instrument répressif ne sont pas sans poser des questions éthiques et juridiques. Et même si une base légale est entérinée lors de la prochaine révision de la loi sur l'alcool, cela ne résoudra pas les interrogations éthiques liées à l'emploi de clients mystères mineurs, ni la légitimité de leurs accompagnants en cas de sanction s'ils ne font pas partie de la police. En théorie, c'est bien la police qui serait l'organe le plus approprié pour réaliser cette opération, sauf dans la situation de contrôles internes en entreprise<sup>14</sup> où c'est alors le mandant qui aurait le choix de son prestataire de service et la responsabilité de la procédure.

Il apparaît, à la lumière de ces réflexions, qu'une campagne d'achats-tests est pertinente pour réaliser un état des lieux, mesurer l'impact des mesures de contrôles et de prévention déployées dans ce domaine, sensibiliser les professionnels, les autorités politiques et la population dans son ensemble. Dans ce contexte, il est important de proposer aux jeunes clients mystères un accompagnement adapté qui tienne compte des difficultés rencontrées lors de la récolte des données. Les accompagnants, quant à eux, doivent pouvoir bénéficier d'un cadre qui leur attribue une légitimité. C'est le mandant qui garantit le respect des procédures et donne caution à son équipe, qui à son tour lui rend des comptes.

Lors d'une enquête sous la forme du monitoring, le fait d'obtenir des résultats statistiquement représentatifs permet de garantir une certaine équité de traitement des différents points de vente et d'être crédible scientifiquement au niveau des résultats annoncés. Mais cela augmente nettement le coût de l'opération puisque le nombre d'établissements visités n'est pas compressible au-dessous d'un certain seuil. Par ailleurs, il n'est pas souhaitable d'envisager des campagnes d'AT faites à la suite les unes des autres sans qu'à un moment donné ne se pose la question de la sanction des contrevenants. La partie répressive devrait alors être confiée aux services de police dont c'est une des missions. Ces nouveaux contrôles se feraient sans le recours à des adolescents mineurs.

Une ou deux campagnes d'AT ne permettront pas, à elles seules, de diminuer de manière importante la vente d'alcool aux mineurs et plus largement la consommation problématique d'alcool chez les jeunes. En revanche, cet instrument peut compléter sur le long terme un programme de prévention basé sur un faisceau de mesures concertées.

**Courriel :**  
rmnotz@fva.ch

<sup>14</sup> Actuellement différents grands distributeurs, notamment alimentaires, organisent plus ou moins régulièrement des achats-tests au sein de leur entreprise (supermarchés, stations-services, etc.).

# MYDRINKCONTROL : UN SITE INTERACTIF COMPLÉMENTAIRE AU PROGRAMME ALCOCHOIX

*Cyril Gerber, thérapeute, Santé Bernoise, Berne.*

**Internet a permis le développement de nouvelles offres à bas seuil pour atteindre un large public, plus encore avec les smartphones. L'outil présenté ici, mydrinkcontrol, se veut un outil complémentaire à Alcochoix. Genèse, description, et première évaluation (rééd.).**

La méthode Alcochoix, qui permet aux personnes ayant une consommation d'alcool à risque de la diminuer, est utilisée depuis quelques années avec succès par les services ambulatoires de Suisse romande. L'outil principal de cette méthode est le carnet de consommation, c'est-à-dire l'observation et le relevé de toute consommation d'alcool, ainsi que du contexte et de l'humeur. Mon expérience montre que dès que le client note précisément chaque boisson, il renforce sa prise de conscience et diminue déjà les quantités, avant même de se fixer des objectifs. Pour une partie des usagers, le carnet remplit parfaitement son rôle, mais pour d'autres, des outils plus modernes, en particulier les smartphones, sont mieux adaptés.

Je me souviens d'un client qui a développé un superbe tableau Excel de sa consommation, avec courbes graphiques et couleurs automatisées, qui montrait au fur et à mesure la baisse de consommation et l'atteinte ou non des objectifs. Pour les personnes plutôt visuelles, les couleurs et la représentation par barres verticales plus ou moins hautes ont un effet motivant indéniable.

En même temps, nous étions en train de développer Alco-tool, un programme interactif destiné aux jeunes le permettant de réfléchir à leur consommation. Nous avons donc intégré un premier module qui permet d'observer la consommation pendant un certain temps, en s'appuyant sur la méthodologie d'Alcochoix et son principe de base, c'est-à-dire que le changement des habitudes est possible quand on observe précisément son comportement pendant une certaine durée et qu'on modifie son comportement en toute conscience.

Cependant, le graphisme très juvénile, ainsi que les écrans encore assez réduits il y a quelques années ne permettaient pas de proposer cet outil au public cible d'Alcochoix sans restrictions. Santé bernoise s'est donc attelée à créer un outil semblable, mais spécifique à un public adulte, consommateur occasionnel ou régulier, qui a le désir et la motivation de diminuer sa consommation d'alcool. Ici aussi, Alcochoix et ses principes de base ont beaucoup influencé les choix, en particulier parce que la méthode permet un évolution totalement autonome du client. Il faut se rappeler que les canadiens francophones partaient du principe qu'une personne qui aimerait changer ses habitudes doit pouvoir le faire même s'il habite loin de tout centre de traitement, et

le livre a été conçu en fonction de ce critère. D'autre part, le développement d'internet a modifié drastiquement la capacité des individus à comprendre et modifier leur état de santé. Il n'est pas rare que les médecins aient en face d'eux des patients qui sont très bien informés sur un diagnostic parce qu'ils ont cherché eux-mêmes ce qui les gêne en fonction de leurs symptômes.

Il est dès lors très important de fournir des informations et des outils cohérents et fondés, efficaces et sûrs à toute personne qui prend le temps et l'énergie de s'inquiéter de son état de santé. C'est dans cette lignée que Mydrinkcontrol, tout autant qu'Alcochoix, ont été développés, et ce n'est qu'un début. A l'avenir, une véritable e-consultation se met en place, au niveau de l'OFSP, dans le domaine des addictions en Suisse. A un niveau plus restreint, des méthodes d'amélioration de la santé individuelle par une diminution de consommation ou de changement de comportements peuvent encore être développées, notamment dans le domaine du jeu excessif ou de la cyberaddiction.



L'article ci-après donne une première évaluation des données analysées à partir de l'utilisation de Mydrinkcontrol après huit mois de fonctionnement.

**Courriel :**  
cyrill.gerber@beges.ch

Maya Mezzera, directrice de projets, Santé Bernoise, Berne

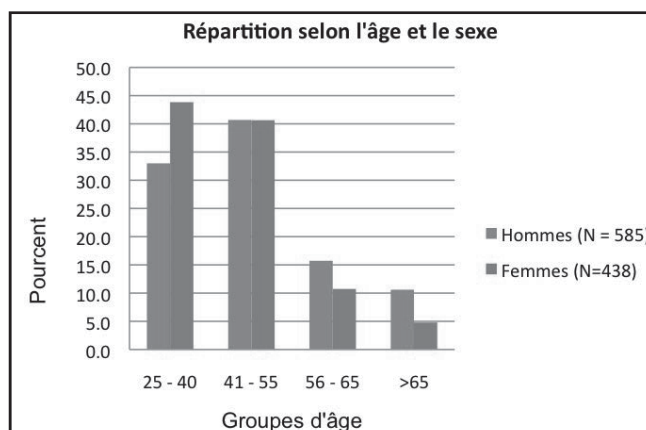
Suite au succès du site [www.alcotool.ch](http://www.alcotool.ch) qui cible un public d'adolescents et de jeunes adultes, Santé bernoise a développé le site [www.mydrinkcontrol.ch](http://www.mydrinkcontrol.ch) qui s'adresse aux adultes et aborde divers aspects concernant la consommation d'alcool. Ce site web cherche à inciter les lectrices et lecteurs à questionner de manière critique leurs habitudes de consommation, et leur met à disposition plusieurs outils pour observer et contrôler leur consommation. Un premier résultat intermédiaire montre que 1090 personnes ont effectué le test durant les huit premiers mois, et que le public cible des consommateurs à risque est atteint.

Le test offre une réponse individualisée à des questions du type : ma consommation d'alcool est-elle problématique ? Avec l'agenda de consommation, chacun peut voir et contrôler ses propres habitudes. La section des questions fréquentes (FAQ) offre des réponses et de nombreux liens autour du sujet de l'alcool.

Le site a été mis en ligne en mai 2012. Une première évaluation après les huit premiers mois, montre que 1090 personnes ont effectué le test entièrement. Dans un même temps, 70 personnes se sont inscrites pour remplir l'agenda de consommation.

Parmi les 1090 utilisateurs ayant complété le test, 57 % étaient des hommes et 43 % des femmes. Pour les deux sexes, 40 % des utilisateurs avaient entre 41 et 55 ans. 33 % des hommes avaient entre 25 et 40 ans (femmes : 44 %), 16 % entre 56 et 65 ans (femmes : 11 %) et 11 % étaient plus âgés que 65 ans (femmes : 5 %).

Chez 47 % des femmes le résultat indiquait une consommation d'alcool non problématique (hommes : 30 %). 35 % des femmes (hommes : 44 %) présentent un comportement à risque, 8 % (hommes : 11 %) présentent un comportement nocif selon ce test, et 11 % des femmes (hommes : 15 %) pourraient déjà présenter des signes de dépendance. Ces réponses se basent sur le test Audit constitué de dix questions et communément utilisé dans le cadre des problèmes liés à l'alcool.



Le site [www.mydrinkcontrol.ch](http://www.mydrinkcontrol.ch) dispose d'une section bien fournie de questions fréquentes (FAQ). Une analyse des requêtes des huit premiers mois permet de distinguer clairement des favoris :

- Quantité de calories dans l'alcool ?
- A quel moment une personne est-elle alcoolodépendante ?
- Est-ce que l'alcool agit différemment chez les aînés ?
- Lien entre des situations de vie difficiles et une consommation d'alcool ?
- Mélanges d'alcool et de cannabis, cocaïne, drogues de synthèse, etc. ?

Liens : [www.mydrinkcontrol.ch](http://www.mydrinkcontrol.ch)

Site destiné aux adolescents : [www.alcotool.ch](http://www.alcotool.ch)

Traduction: Dominik Schmalstieg

Courriel : [kontakt@alcotool.ch](mailto:kontakt@alcotool.ch)



## POST-SCRIPTUM

# DÉTECTER LES JOUEURS PATHOLOGIQUES CHEZ LES PATIENTS EN TRAITEMENT AMBULATOIRE POUR DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES

*d'Epagnier Cédric, Flückiger Julien, Dr Sekera Eva, Dr Croquette Krokhar Marina, Fondation Phénix, Genève.*

**Cet article présente les résultats d'un dépistage systématique des habitudes de jeu d'argent auprès d'une population de 300 patients en traitement ambulatoire pour des problèmes de consommation de substances psychotropes. Les résultats obtenus à l'aide d'un questionnaire semi-structuré et du questionnaire South Oaks Gambling Screen (SOGS) ont été comparés aux données relatives à la population générale en Suisse trouvées dans la littérature. Il apparaît, selon cet échantillon, que les patients en traitement pour abus ou addiction aux substances psychotropes sont statistiquement plus confrontés aux problèmes de jeu d'argent que la population générale. Ce constat devrait inciter les soignants dans le domaine des addictions à évaluer cette problématique du jeu chez leurs patients afin de la prendre en compte dans le traitement s'il y a lieu.**

## INTRODUCTION

Le jeu d'argent est une activité très ancienne dont on trouve des descriptions déjà dans l'Antiquité grecque (1). Plus près de nous, on peut lire *Le Joueur* de Dostoïevski ou *24 heures dans la vie d'une femme* de Zweig pour avoir une bonne description du pendant pathologique de cette activité. Ce qui a changé ces dernières années en Suisse est une augmentation importante de l'offre de jeu par l'ouverture de nouveaux casinos (ce qui nous offre une des plus fortes densités de maisons de jeu au monde relativement au nombre d'habitants (2)), l'apparition des jeux en ligne, la mode du poker et l'apparition des distributeurs de loterie électronique (DLE) dans les cafés.

Le pourcentage de joueurs dans la population est estimé très différemment selon les études, à savoir entre 28,7 % de personnes déclarant avoir été joueurs récréatifs au cours de leur vie (3) et 82 % des personnes sondées admettant avoir joué au moins une fois lors de la dernière année (4). La prévalence des joueurs pathologiques dans la population générale semble assez basse ; elle est en général de l'ordre de 1 %, en Suisse (5) comme ailleurs (3, 6, 7). Si une augmentation du nombre de joueurs problématiques dans la population en lien avec l'augmentation de l'offre n'a pas été démontrée pour l'instant en Suisse (5), comme on aurait pu le supposer (8), l'élargissement de l'offre augmenterait toutefois le nombre de joueurs et leurs pertes (9).

Un nombre important de publications montre que les personnes consultant pour divers problèmes d'addictions ont une prévalence de jeu problématique bien plus élevée que la population générale (7, 10 - 13). Inversement, les joueurs excessifs souffrent (ou ont souffert dans leur vie) de problèmes d'abus d'alcool ou de drogues plus souvent que les non joueurs (3, 6, 11, 14).

L'essentiel des études mentionnées ont été faites dans le contexte culturel de l'Amérique du Nord. Les données rapportées ne sont, par conséquent, pas forcément transposables (15). C'est pourquoi nous avons décidé de faire cette recherche de prévalence des problèmes de jeu auprès des patients de la Fondation Phénix. Il s'agit d'une fondation privée, créée en 1986, à Genève. Elle s'adresse aux personnes ayant des problèmes d'addictions, avec ou sans substances, traitées en mode ambulatoire et en recourant à une approche bio-psycho-sociale et multidisciplinaire.

## MÉTHODE

Nous avons choisi de dépister, dans cette étude prospective, les habitudes de jeu d'argent chez nos patients majeurs consultant pour des problèmes de consommation de substances psychotropes en excluant les patients consultant principalement pour des problèmes de jeu, durant la période de septembre 2009 à août 2010. La participation des patients était volontaire. Le protocole de cette étude a été approuvé par la commission d'éthique de l'Association des Médecins de Genève.

Nous avons créé un Questionnaire de Dépistage des Habitudes de Jeu d'Argent (en annexe). Il a une fonction essentiellement d'anamnèse. Les données récoltées permettent de savoir à quels jeux d'argent se livre le joueur, de mieux repérer le phénomène des addictions croisées, de déceler les interactions entre le traitement suivi et le jeu, voire de mettre en évidence des éventuels liens avec les difficultés psychiques. Il s'agit aussi d'un premier repérage des conséquences sociales du jeu, notamment économiques. Tout cela afin de pouvoir agir rapidement et efficacement dans le cadre du traitement.

Si le patient est ou a été joueur, même épisodiquement, alors le questionnaire South Oaks Gambling Screen (SOGS) (16) est également utilisé. Il permet de discriminer les joueurs occasionnels des joueurs potentiellement pathologiques ou probablement pathologiques.

Nous avons effectué une comparaison des pourcentages de joueurs potentiellement et probablement pathologiques dans un échantillon tout-venant suisse et dans notre échantillon à l'aide d'un test de  $\chi^2$ . Afin d'étudier plus en détails les liens entre la consommation de substances et les comportements de jeu, des tests  $\chi^2$  d'indépendance ont été réalisés et des rapports de vraisemblance (ou rapports de chance), « odds ratio », ont été calculés sur la base des tables de contingence 2X2 testées. Les données ont été analysées avec le logiciel Statistica 9.

## RÉSULTATS COMMENTÉS

300 patients ont répondu à l'étude (seuls 2 ont refusé), leur moyenne d'âge est de 42 ans et il y a 71 % d'hommes. Le temps moyen de consultation est de 5 ans, ce qui témoigne de la chronicité des problèmes d'addictions et de la nécessité de suivi à long terme.

Nous avons dépisté 19 joueurs probablement pathologiques et 11 autres potentiellement pathologiques, soit 10 % de l'échantillon étudié. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p < .0001$ ) d'une plus grande fréquence de joueurs parmi la population consultante de nos centres versus les 1 à 2 % dans la population générale en Suisse. Ce sont surtout chez les joueurs probablement pathologiques que la différence est notable avec 6.3 % chez nos patients comparé au 1.14 % dans l'étude d'Osiek & al. (5) menée en 2005 ( $p < .0001$ ) et 0.8 % pour celle de 1998 ( $p < .0001$ ). Par contre, la proportion de joueurs potentiellement pathologiques n'est que de 3.7 % dans notre échantillon contre 2.2 % dans la population générale suisse, que ce soit selon le recensement de 1998 ou celui de 2005 (5), ce qui se traduit par une différence à la limite significative statistique ( $p = .052$ ). Ces comparaisons suggèrent un phénomène d'addictions croisées, les personnes de notre échantillon en consultation pour un problème d'abus de substances présentant un risque plus élevé de jeu pathologique qu'un échantillon issu de la population générale.

Selon le dépouillement des questionnaires semi-structurés, qui tiennent compte des témoignages des patients, la consommation de produits psychotropes a augmenté la pratique du jeu chez 11 % d'entre eux (être sous effet de produit inhiberait la critique des pertes et créerait une certaine euphorie), alors que le fait de jouer a augmenté la consommation de produits chez 4 % des patients (qui consommaient pour diminuer l'anxiété d'avoir perdu de l'argent), et seulement 1 % ont augmenté leurs habitudes de jeu en compensation de l'arrêt de la consommation de substances psychotropes.

En ce qui concerne les liens entre consommation de substances et jeu, c'est uniquement dans le rapport à l'alcool que

l'on observe des différences significatives au sein de notre groupe de patients. Comparés aux non joueurs / joueurs occasionnels, les joueurs probablement pathologiques ont 3.5 fois moins de chance d'avoir un problème d'alcool, alors que les joueurs potentiellement pathologiques ne diffèrent pas des non joueurs / joueurs occasionnels. De plus, parmi les joueurs problématiques, les joueurs probablement pathologiques sont cinq fois moins susceptibles d'avoir un problème d'alcool que les joueurs potentiellement pathologiques. Nous avons été surpris de découvrir que les joueurs probablement pathologiques sont moins susceptibles que les autres joueurs et que les non joueurs d'avoir un problème d'alcool. Nous formulons l'hypothèse que plus le problème de jeu est grave, moins il laisse de place à cette seconde addiction ; inversement, le fait d'abuser de l'alcool ne permet peut-être pas de jouer excessivement. Un jeu plus modéré est par contre lié à la consommation d'alcool. Nous postulons que certains joueurs boivent pour diminuer l'angoisse des pertes liées au jeu.

Toujours auprès de notre groupe de patients, nous avons remarqué les distinctions suivantes quant aux types de jeux joués :

- Les joueurs potentiellement pathologiques achètent près de quatre fois plus de tickets à gratter que les non joueurs / joueurs occasionnels.
- Il y a 16.5 fois plus de joueurs de PMU parmi les joueurs potentiellement pathologiques que chez les non joueurs / joueurs occasionnels ; et 3 fois plus de joueurs de PMU chez les joueurs probablement pathologiques que chez les non joueurs / joueurs occasionnels. Le PMU concernerait donc surtout les joueurs potentiellement pathologiques, qui jouent près de quatre fois plus que les joueurs probablement pathologiques, bien que cette différence ne soit pas significative.
- Les joueurs probablement pathologiques s'adonnent 9.5 fois plus que les non joueurs / joueurs occasionnels aux paris sportifs.
- Des comportements de jeu tels que paris, « jeu de l'avion », « jeu des gobelets » sont 4 fois plus fréquents chez les joueurs probablement pathologiques et environ 5 fois plus chez les joueurs potentiellement pathologiques, que chez les non joueurs / joueurs occasionnels.
- Concernant les distributeurs de loterie électronique (DLE), les joueurs potentiellement pathologiques ne diffèrent pas des joueurs probablement pathologiques. Par contre, ces deux types de joueurs jouent significativement 9 fois plus aux DLE que les non joueurs / joueurs occasionnels.
- Pour les jeux au casino : les joueurs probablement pathologiques jouent 3.4 fois plus à la roulette que les non joueurs / joueurs occasionnels et les joueurs potentiellement pathologiques 5.1 fois plus. Les joueurs probablement pathologiques pratiquent le black-jack 3.6 fois plus que les non joueurs / joueurs occasionnels. Les machines à sous (slot machines) sont 3.5 fois plus

utilisées par les joueurs potentiellement pathologiques et 7 fois plus par les joueurs probablement pathologiques que par les non joueurs / joueurs occasionnels.

En comparant les pratiques de jeu des sous-groupes identifiés par le SOGS, on observe que les joueurs potentiellement et probablement pathologiques ont en commun les jeux de casino (slot machines, roulette et black-jack), ainsi que les DLE. Mais les joueurs potentiellement pathologiques semblent les plus grands adeptes des tickets à gratter et du PMU, alors que les joueurs probablement pathologiques s'adonnent plus que les autres aux paris (sportifs ou autres alternatives).

Les slot machines et les DLE sont par ailleurs les types de jeu qui entraînent le plus de dettes chez nos patients. Nous pensons que cela est dû à la rapidité du résultat après la mise, qui permet au joueur de rejouer avec une haute fréquence. Par ailleurs, il n'y a pas la possibilité pour les joueurs de se faire interdire l'accès aux DLE, contrairement aux mesures d'exclusions (volontaires ou non) des casinos. La pratique des DLE reste donc toujours accessible.

Pour ce qui est de la comorbidité psychiatrique des personnes présentant des comportements de jeu à risque, nous avons décelé les points suivants :

- Les joueurs probablement pathologiques sont 8 fois plus souvent dépressifs que les joueurs potentiellement pathologiques.
- Les joueurs potentiellement pathologiques ont 5 fois plus de chance d'avoir un trouble de la personnalité que les non joueurs / joueurs occasionnels et 4.5 fois plus de chance que les joueurs probablement pathologiques.

Nous ignorons pourquoi les joueurs probablement pathologiques souffrent plus souvent de dépression, alors que les joueurs potentiellement pathologiques sont plus fréquemment affectés de troubles de la personnalité. Une fois encore, il ne s'agit pas de causalités, mais de rapports de chance (« odds ratio »), comme pour les liens précédents entre le jeu et l'alcool. Nous pensons que les joueurs seraient déprimés par le fait de perdre au jeu et de s'enfoncer dans la précarité financière, et que ce ne serait pas la dépression qui les inciterait à jouer.

N.B. Dans tout ce qui précède, et sauf avis contraire, toutes les différences mentionnées entre les groupes de joueurs discriminés selon le SOGS sont statistiquement significatives selon les tests de  $\chi^2$ . Les valeurs ont été enlevées pour ne pas alourdir le texte.

## CONCLUSION

Il convient de relativiser les résultats étant donné le caractère exploratoire de cette étude effectuée auprès d'un échantillon clinique limité à 300 personnes. Cependant, cette étude montre qu'il est utile de dépister systématiquement les habi-

tudes de jeu auprès des patients dépendants ou abuseurs de substances psychotropes, étant donné leur surreprésentation comme joueurs par rapport à la population générale. Pour cela, un questionnement ouvert sur les habitudes de jeu devrait faire partie de l'anamnèse. Si la personne déclare jouer, le questionnaire SOGS est fiable (17) pour discriminer les joueurs occasionnels des joueurs potentiellement ou probablement pathologiques. Le suivi psychothérapeutique peut alors être adapté pour prendre en compte également ce problème. Par ailleurs, une aide sociale au désendettement doit être envisagée dans la plupart des cas. En effet, vouloir « se refaire », soit récupérer l'argent perdu et sortir ainsi d'une situation économique souvent désespérée, est un des principaux facteurs de retour au jeu. Des mesures de protection sont parfois nécessaires, comme la demande d'interdiction d'accès au casino ou la mise sous curatelle de gestion. Dans le cas d'un suivi pour des addictions multiples, au jeu et à des produits psychotropes, le risque est faible que le patient compense l'arrêt du jeu par une augmentation de ses consommations. Cela devrait toutefois être discuté avec le patient, comme mesure de prévention.

Remerciements :

Au Professeur Michel Schorderet pour son précieux travail de relecture.

**Courriel :**

cedric.depagnier@phenix.ch

**Bibliographie :**

- 1 - Ladouceur R & al. Le jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling. Québec : les Editions de l'Homme, 2000.
- 2 - Künzi K, Fritschi T, Egger T. Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse. Berne : Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale, 2004.
- 3 - Pietrzak RH & al. Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults : results from the National and Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 15 (4) : 301-13.
- 4 - Welte JW & al. Gambling participation in the U.S. – Results from a national survey. *J Gambl Stud* 2002 ; 18 (4) : 313-37.
- 5 - Osiek C & al. Taux de prévalence de joueurs pathologiques en Suisse en 1998 et 2006. Dans *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive*. Genève : Médecine et Hygiène, 2010 : 93-97.
- 6 - Blanco C & al. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Psychol Med* 2006 ; 36 (7) : 943-53.
- 7 - El-Guebaly N & al. Epidemiological associations between gambling behaviour, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud* 2006 ; 22 (3) : 275-87.

8 - Grant Stitt B & al. Perceptions of the extent of problem gambling within new casino communities. *J Gambl Stud* 2000 ; 16 (4) : 433-51.

9 - Jacques C & al. Impact of availability on gambling: a longitudinal study. *Can J Psychiatry* 2000 ; 45 (9) : 810-5.

10 - Toneatto T, Brennan J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav* 2002 ; 27 (3) : 465-9.

11 - Smart RG, Ferris J. Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994. *Can J Psychiatry* 1996 ; 41 (1) : 36-45.

12 - Yarko N & al. Alcoolodépendance et jeu pathologique. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (3) : 225-233.

13 - Lesieur HR & al. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986 ; 10 (1) : 33-8.

14 - Potenza MN & al. Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems. *J Gambl Stud* 2005 ; 21 (3) : 233-54.

15 - Raylu N, Oei TP. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 2002 ; 22 (7) : 1009-61.

16 - Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 (9) : 1184-88.

17 - Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 2002 ; 27 (1) : 1-19.

<b>Annexe : QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DES HABITUDES DE JEU D'ARGENT</b>			
1. Centre de :	2. Date :	3. Sexe :	4. Âge :
5. Profession :	6. Situation sociale :	7. Situation familiale :	
8. Consulte à Phénix depuis :			
Pour les addictions suivantes :	9. héroïne <input type="checkbox"/>	10. cocaïne <input type="checkbox"/>	11. cannabis <input type="checkbox"/>
12. ecstasy <input type="checkbox"/>	13. alcool <input type="checkbox"/>	14. tabac <input type="checkbox"/>	15. sexe <input type="checkbox"/>
16. cyberaddiction <input type="checkbox"/>	17. jeu excessif <input type="checkbox"/>	18. codépendance <input type="checkbox"/>	19. affectif <input type="checkbox"/>
20. autres :			
21. Est sous traitement de :			
22. Diagnostics psychiatriques :		23. Diagnostics somatiques :	
QUESTIONNAIRE : Vous arrive-t-il de jouer à des jeux d'argent ?			
24. Si NON, vérifier en énumérant la liste <input type="checkbox"/>		Si OUI, lesquels :	
25A. loterie à n° <input type="checkbox"/>	25B. Euromillion <input type="checkbox"/>	26. tickets à gratter <input type="checkbox"/>	27. PMU <input type="checkbox"/>
28. Tactilo <input type="checkbox"/>	29. poker live <input type="checkbox"/>	30. poker virtuel <input type="checkbox"/>	31. paris sportifs <input type="checkbox"/>
casino :	32. roulette <input type="checkbox"/>	33. black-jack <input type="checkbox"/>	34. poker <input type="checkbox"/>
	35. slot machines <input type="checkbox"/>	36. autre <input type="checkbox"/>	
37. jeux clandestins (lesquels):		38. autres :	
39. Depuis quand :		40. A quelle fréquence mensuelle :	
41. Quelles sommes misez-vous par mois :		42. Revenu mensuel net :	
43. Dettes :	44. Si OUI, montant :	45. Sont-elles une conséquence du jeu ?	
46. Vos habitudes de jeu ont-elles augmenté ou diminué depuis que vous êtes en traitement pour votre addiction ?			
47. Ont-elles augmenté ou diminué pour d'autres raisons ?			
48. La consommation de produits influence-t-elle vos habitudes de jeu ou inversement ?			
Merci d'écrire tout commentaire utile au verso (avec rappel du n° de la question) !			
Si le patient est joueur, faire le questionnaire SOGS !			
Fondation Phénix			



# IMPRESSUM

**Adresse des éditeurs**

Addiction Suisse  
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA

Pêcheurs 8, CP 638, 1401 Yverdon-les-Bains

**Nouvelle adresse dès le 1er juillet 2013 :**

Rue St-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

**Rédaction :**

Corine Kibora, Addiction Suisse

Jean-Félix Savary, GREA

**Comité de rédaction :**

Pierre-Yves Aubert

directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève

Barbara Broers

médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève

Etienne Maffli

psychologue, Lausanne

Christel Richoz

travailleuse sociale, Fribourg

Renaud Stachel

responsable pédagogique, Lausanne

Ann Tharin

adjointe scientifique, EESP, Lausanne

**Administration et abonnements :**

Claude Saunier

Addiction Suisse

CP 870

1001 Lausanne

tél. 021 321 29 85

fax 021 321 20 40

csaunier@addictionsuisse.ch

**Parution**

3 fois par an

**Abonnement**

Suisse : Fr. 45.- par an

Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

**Photos**

Istockphoto

**Ligne graphique**

SDJ.DESIGN

Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

