

d é p e n d a n c e s

juillet 97 / no 2

3

Editorial

Michel Graf

4

Sept ans après un traitement résidentiel: quels résultats?

Etienne Maffli

16

Nouveaux résultats de la recherche catamnestique: conséquences pour la prévention des rechutes

Dr Joachim Körkel

28

Notion de consommation contrôlée et critères d'évaluation

Dr Gerhard Bühringer

32

L'expérience d'un réseau multidisciplinaire

Dr Bertrand Yersin

36

Post-scriptum

Philippe Lehmann

39

Manifestations Brèves

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

*Les citations en marge sont tirées du mémoire de licence (faculté de Lettres de l'Université de Fribourg) de Cédric Terzi, 1996 "L'abstinence au quotidien, reconstruction identitaire chez d'anciens alcooliques".
Les bibliographies complètes citées dans les articles peuvent être obtenues auprès des éditeurs.*

Michel Graf,
directeur-adjoint de l'ISPA,
rédacteur

Le succès d'un traitement ou d'une prise en charge d'une personne ayant un problème d'alcool est presque exclusivement évalué en fonction de l'abstinence durable qui en découle. Il en va d'ailleurs souvent de même pour les problèmes de drogues illégales. Difficile en effet d'imaginer qu'il soit possible pour quelqu'un de maîtriser de manière durable une nouvelle consommation de produit lorsqu'il ou elle en a été dépendant-e. Dès lors, la reprise de la consommation après un traitement est perçue comme un échec thérapeutique et personnel, par l'entourage comme par les professionnels impliqués.

La grande catamnèse, menée sur 7 ans par Etienne Maffli et al., nous apporte cependant un nouveau regard sur les rechutes et la façon dont elles sont vécues par les personnes concernées.

Réalcoolisation, consommation contrôlée, reprise épisodique de la consommation, rechute avérée sont des termes qui semblent résonner différemment selon les individus, et qui ne préjugent pas toujours de suites négatives irréversibles.

Relativiser les rechutes c'est ainsi mieux savoir les appréhender, les maîtriser, les prévenir aussi, comme le suggère Joakim Körkel dans son analyse. Il nous offre des pistes concrètes pour développer en milieu thérapeutique des mesures de prévention des rechutes.

Les rechutes plus ou moins bien maîtrisées interrogent aussi les spécialistes sur le concept de la consommation contrôlée en tant qu'objectif thérapeutique. Une controverse que Gerhard Bühringer aborde sereinement, en nous rappelant l'impact considérable de cette approche dans l'histoire récente de l'alcoologie.

Enfin, Bertrand Yersin pose le problème de la coordination des multiples intervenants qui gravitent autour de la personne dépendante de l'alcool en traitement: comment faire pour optimiser les efforts des thérapeutes, pour les réunir autour d'un objectif commun, accepté de la personne concernée? L'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie, à Lausanne, représente un modèle qui devrait faire école.

Nous sommes fiers de vous présenter ce nouveau numéro de "dépendances", qui représente le fruit d'une collaboration nouvelle avec la revue soeur "abhängigkeiten". C'est en effet en décembre 1996 que les articles présentés ici ont été publiés en allemand dans cette revue. Nous devons cette synergie à notre partenariat avec a+s (Alkohol- und Suchtfachleute, coéditeur de "abhängigkeiten"), ainsi qu'au soutien de l'OFSP, qui a financé les traductions (réalisées par Elizabeth Neu) et participé à la diffusion.

Ce numéro centré sur les problématiques liées à la consommation d'alcool arrive dans un contexte où les débats seront très orientés vers la politique des drogues illégales. A point nommé, pour rappeler que l'alcool, aussi et surtout, reste la drogue n°1 dans ce pays... Ne l'oublions pas lorsqu'il s'agira de voter le 28 septembre sur une initiative réductrice de la vision des problèmes de dépendance dans notre société.

Sept ans après un traitement résidentiel: quels résultats?

Etienne Maffli, Psychologue diplômé, chef de projet, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Lausanne.

12% des personnes interrogées sont restées abstinentes sept ans après leur traitement... Si on en restait à ce seul chiffre, le bilan serait plutôt sombre. L'étude menée par E. Maffli apporte cependant beaucoup d'éléments positifs, qu'il convient d'analyser.

Introduction

Bien que la consommation d'alcool présente une tendance à la baisse (Schmid et Gmel 1996), l'abus d'alcool et l'alcoolodépendance demeurent un problème important, dont les conséquences sociales et individuelles sont considérables. L'étendue des troubles dus à l'alcool et les coûts qui en découlent impliquent la mise à disposition d'un système de traitement efficient. Les études portant sur l'évolution des sujets après un traitement (catamnèses) constituent des éléments importants dans le processus permanent d'optimisation de l'offre thérapeutique. Il s'agit de procéder tout à la fois à des évaluations portant sur des catamnèses à relativement court terme et à des études portant sur des périodes plus longues. Les premières ont pour avantage de permettre de recenser les effets résultant du traitement lui-même en excluant autant que faire se peut les autres variables intervenant dans le devenir du sujet; quant aux secondes, elles permettent de juger de l'évolution à long terme, dans laquelle les événements et les circonstances vécus par le sujet après la période de traitement et leur incidence sur son évolution ultérieure revêtent alors une importance particulière.

La recherche catamnétique en Suisse

Même si l'on s'est efforcé depuis longtemps de recueillir des données sur la réussite des traitements suivis par des personnes alcoolodépendantes (Sieber 1993; Künzler 1930), on ne dispose pour

le moment que d'un nombre relativement faible de recherches catamnétiques menées en Suisse dans ce domaine. Parmi les catamnèses à long terme, il faut citer en premier une étude conduite en Suisse romande et concernant d'anciens patients d'une clinique psychiatrique universitaire; le follow-up portait exclusivement sur des personnes âgées de plus de 65 ans (Ciompi et Eisert 1971). Pour une partie des sujets, le temps écoulé entre leur première hospitalisation et le follow-up était ainsi extrêmement long (25,6 années en moyenne). Les auteurs de cette étude ont montré qu'avec l'âge, les améliorations étaient étonnamment fréquentes (c'est le cas pour les deux tiers environ des personnes interrogées). Trois autres évaluations catamnétiques conduites en Suisse prennent en compte des périodes de plus de 3 ans et concernent la clientèle de centres thérapeutiques particuliers (Utiger 1977, Bühler 1980, Spinatsch et Chilvers 1991). Alors que l'étude d'Utiger porte sur une période uniforme d'environ 5 ans, les deux autres travaux incluent dans leurs évaluations des périodes de durée variable. Ces trois recherches ont dégagé des taux d'abstinence situés entre 13% et 26% (taux d'amélioration entre 41% et 82%). D'autres catamnèses effectuées dans notre pays concernant des malades alcooliques ayant suivi un traitement résidentiel portent sur des périodes plus courtes (de quelques mois à trois ans) et chacune se rapporte à une clinique particulière (Fäh et al. 1991, Maffli et al. 1993, Sieber et al. 1996). Ces études mettent en évidence des taux d'abstinence situés entre 28% et 38%, les taux

d'amélioration se situant entre 48% et 62%. Aucune des recherches menées jusqu'ici en Suisse ne comportait de groupe de contrôle; il n'est par conséquent pas possible d'en tirer des conclusions définitives concernant l'efficacité des interventions thérapeutiques.

Buts de la présente recherche

La présente recherche a été conçue comme une catamnèse à long terme et a été réalisée rétrospectivement. Pour la première fois en Suisse, il a été possible de faire porter une telle étude conjointement sur plusieurs centres thérapeutiques. Dans le cadre d'une étude multicentrique, il s'agissait ainsi de procéder à une évaluation globale du devenir à long terme des malades alcooliques ayant suivi un traitement. L'initiative de ce projet revient à la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFA) et la recherche a été financée par la Fondation suisse pour la recherche sur l'alcool et par l'Office fédéral de la santé publique.

Le but principal était de recueillir des données utiles à la pratique concernant le devenir à long terme des personnes alcoolodépendantes ayant suivi un traitement résidentiel en Suisse alémanique. En plus de l'évaluation globale de l'évolution selon des critères de classification classiques et normatifs concernant le comportement à l'égard des substances addictives, l'intégration professionnelle et l'état de santé, il s'agissait également de procéder à une estimation différenciée de la situation globale des sujets et de prendre en compte leur propre perception de celle-ci. Les questions suivantes devaient en particulier trouver réponse:

- Quelle est l'importance du risque de mortalité de la population étudiée en comparaison avec la population globale et quelles sont les causes de décès les plus fréquentes?
- Comment les anciens clients gèrent-ils leur relation avec l'alcool et d'autres substances psychotropes au cours des années qui suivent le traitement retenu pour l'étude? Quelle est la proportion des rechutes et celles-ci ont-elles pu être surmontées?
- Qu'en est-il de la situation objective et de la satisfaction subjective des anciens patients au niveau de leur existence 7 ans après le traitement qu'ils ont suivi? Peut-on mettre en évidence une relation avec leur comportement à l'égard de substances psychotropes?

Quelques résultats importants de cette recherche sont présentés ici, suivis des recommandations qui en découlent tant pour la recherche que pour la pratique. Une description exhaustive des méthodes appliquées et des résultats plus détaillés ont été publiés ailleurs (Maffli et al. 1995).

Méthodologie

Population étudiée

La population étudiée est constituée de l'ensemble de tous les patients et de toutes les patientes qui ont terminé, au cours des années 1986 et 1987, leur traitement résidentiel dans l'une des huit institutions spécialisées de Suisse alémanique. Regroupés en associations (1), ces établissements fournissent régulièrement, depuis le milieu des années huitante, des données standardisées relatives aux entrées et aux sorties (Tecklenburg 1991, Mathey 1993 et 1995). Les données de ce suivi régulier (monitoring) ont ainsi pu être utilisées dans le projet conçu rétrospectivement. La population initiale est formée de 915 personnes (73,9% d'hommes et 21,1% de femmes). Selon les données collectées, plus des deux tiers de ces personnes étaient âgées de 30 à 50 ans au moment de leur admission (âge moyen: 40,4 ans; écart-type SD: 9,5 ans). A ce moment-là, 30,2% d'entre elles étaient mariées, 33,3% divorcées, séparées ou, dans de rares cas, veuves, les autres (36,5%) étant célibataires. Un quart environ des sujets (25,9%) n'avaient pas terminé de formation professionnelle avant leur entrée dans le traitement, tandis que 17,4% d'entre elles bénéficiaient d'une formation supérieure. Avant leur admission dans le traitement, 19,4% des sujets étaient au chômage et 6,2% étaient inaptes au travail.

Si le monitoring ne comportait aucune donnée sur la durée de la dépendance, il en fournissait néanmoins sur les traitements suivis antérieurement. Il en ressort que, pour la plupart des sujets de la population étudiée (70,2%), le traitement de référence n'était pas le premier traitement entrepris pour cause de dépendance. La quantité d'alcool moyenne consommée par jour avant d'entrer en traitement était de l'ordre de 195 g d'alcool pur pour les hommes et d'environ un quart de moins (156 g) pour les femmes. Près de 40% des personnes traitées prenaient en outre d'autres substances psy-

chotropes (principalement des médicaments psychoactifs, mais aussi des drogues illégales). Ces données indiquent bien qu'il s'agit d'une population lourdement touchée.

Dans les années de référence 1986 et 1987, les programmes thérapeutiques proposés par les 8 centres avaient tous pour objectif d'amener les patients à l'abstinence et visaient à réintégrer socialement et professionnellement les personnes concernées. Les programmes les plus courts duraient 6 semaines, les plus longs jusqu'à douze mois. Les programmes thérapeutiques de durée moyenne sont ceux qui ont été le plus utilisés. 69,4% des sujets ont terminé leur traitement dans le cadre prévu et la durée moyenne du traitement (ruptures comprises) a été de 5,5 mois, l'écart allant de 1 à 567 jours (SD: 90 jours).

Les données ayant été recueillies rétrospectivement, on ne pouvait donc disposer d'aucun groupe de contrôle. Du fait que la recherche n'était pas centrée sur la réussite du traitement, cette situation ne présentait pas un inconvénient majeur. En effet, comme le laisse supposer une méta-analyse de catamnèses contrôlées portant sur des périodes variables (Schlesinger et al. 1980), il est de toute manière improbable d'attester, plusieurs années après, des effets du traitement lui-même, puisqu'ils sont alors occultés par quantité d'autres facteurs intervenant par la suite.

Division de l'échantillon et procédé d'analyse

Pour les catamnèses dans le domaine des dépendances, le taux de réponses est déterminant, car en cas de faible participation, il faut s'attendre à des effets de sélection (Stichfield et al. 1994; Moos & Bliss 1978). Obtenir un taux de retour élevé - surtout lorsqu'il s'agit de catamnèses à long terme - implique des recherches et des démarches coûteuses. Afin d'être en mesure de repérer d'éventuels effets de sélection et de valider globalement les résultats sans pour autant aboutir à des coûts trop élevés, des démarches particulièrement intensives n'ont été prévues que pour un échantillon de 135 personnes (15% de l'échantillon total) choisies aléatoirement (plusieurs lettres de rappel, dédommagement des participants et contacts téléphoniques répétés). S'agissant des autres sujets faisant partie du collectif étudié, les démarches ont été interrompues après trois lettres de rappel. L'enquête princi-

pale a été effectuée par courrier en automne 1993. Les démarches subsidiaires se sont étendues ensuite sur six mois. Comme prévu, la participation des deux sous-échantillons a été différente. Pour le plus petit des deux qui a fait l'objet de démarches particulièrement intensives, on a obtenu (du moins pour ce qui est des questions-clés sélectionnées) un taux de réponse de 85%, alors que la participation à l'enquête générale n'était que de 36%. La comparaison systématique entre les deux échantillons a permis d'identifier les distorsions possibles dans l'échantillon global. Le cas échéant, on a pris en compte les résultats du sous-échantillon ciblé dont la validité peut être considérée comme meilleure en raison du taux de réponse nettement plus élevé. Lorsqu'aucune différence significative ne pouvait être mise en évidence, on a utilisé les résultats portant sur l'ensemble des participants.

Instruments utilisés

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire comportant 70 questions; il s'agissait en majorité de questions fermées et les sujets devaient y répondre en cochant l'une des réponses proposées. La plupart de ces questions étaient issues ou dérivait des grilles standardisées adoptées dans les pays germanophones (DGSS 1992). Pour évaluer la satisfaction des sujets s'agissant des différents domaines de leur existence, on leur a proposé une échelle comportant dix

degrés. Pour l'interview téléphonique, on a eu recours à une version abrégée du questionnaire; les personnes peu désireuses de collaborer avaient à répondre au moins à quatre questions-clés portant sur le traitement suivi, leur comportement face aux substances psychotropes, leur situation professionnelle et leur relation de couple. Pour toutes les personnes décédées, on a procédé à des recherches en vue de préciser les causes de décès. A cet effet, un bref questionnaire a été envoyé aux médecins qui avaient délivré les certificats de décès. Ce questionnaire comprenait des questions sur la cause officielle du décès (code ICD-9) et les causes ayant provoqué la mort. On demandait par ailleurs au médecin d'évaluer s'il pouvait y avoir un rapport entre la cause du décès et la consommation d'alcool ou d'autres produits psychotropes.

Opérationnalisation du comportement face aux substances psychotropes

On a utilisé 18 items pour catégoriser le comportement face aux substances psychotropes. On a classé dans la catégorie des rechutes les personnes qui disaient elles-mêmes avoir "rechuté" et/ou qui indiquaient qu'au cours des six mois précédant l'enquête elles avaient bu "jusqu'à être ivres" et/ou "trop" et que cela leur avait fait "problème". Par ailleurs, quelles que soient les autres indications fournies, les personnes qui affirmaient

avoir eu, au cours de ces six mois, une consommation quotidienne moyenne de plus de 80 g d'alcool pur (hommes) et de plus de 60 g (femmes) ont été classées dans le groupe des personnes ayant rechuté. Les données relatives aux drogues illégales et aux médicaments psychotropes ont également été prises en compte pour évaluer le comportement face aux substances psychotropes en général. C'est ainsi que les personnes qui disaient avoir pris "trop de médicaments psychotropes" et que cela leur avait fait "problème" et/ou qui disaient avoir pris "quelquefois" des drogues illégales ont également été considérées comme ayant rechuté. L'abstinence a été définie sans équivoque: abstinence totale par rapport aux trois groupes de substances psychotropes ou par rapport à l'alcool lorsque seul ce critère est considéré. Lorsque les données paraissaient manquer de cohérence, on a procédé de manière conservatrice et considéré comme pertinente la réponse la moins favorable.

Période prise en compte dans la catamnèse

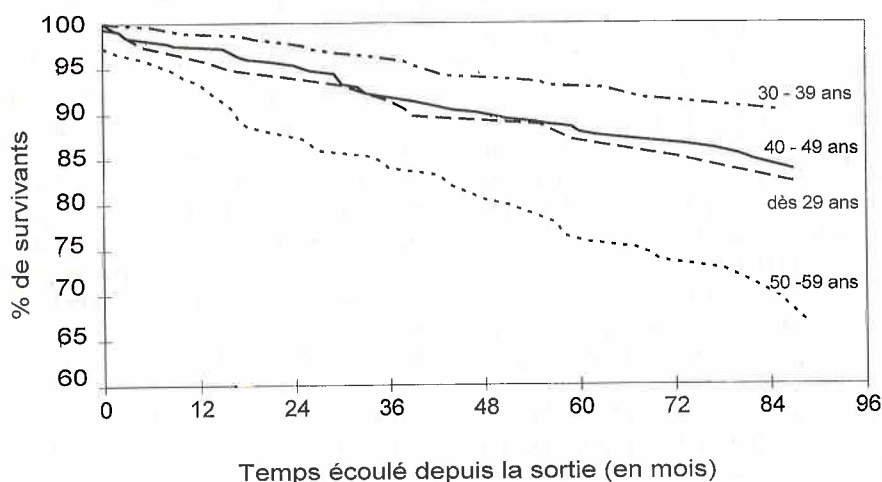
Le temps écoulé depuis la sortie du traitement considéré et l'enquête allait de 5,8 à 8,4 ans, la moyenne étant de 6,9 ans (SD: 7,2 mois).

Validité et fiabilité des résultats

On a procédé à la vérification de la validité et de la fiabilité des réponses obtenues en procédant, 3 mois plus tard, à une interview personnelle avec chaque dixième sujet. On a constaté une convergence satisfaisante des réponses données dans les deux enquêtes (coefficients de corrélation situés entre .57 et .93 s'agissant des variables d'échelle d'intervalles ou ordinales et taux de correspondance situés entre 80% et 95% s'agissant des caractéristiques catégorielles). Par ailleurs, la fiabilité des réponses a généralement été évaluée positivement par les interviewers (psychologues formés) (moyenne de 8,5; SD: 2,3 sur une échelle de 10).

Procédé d'analyse

Les résultats de l'enquête secondaire ont fait l'objet de statistiques descriptives, ainsi que de procédés visant à vérifier d'éventuelles différences (test du chi-carré, analyse de variance). Pour déterminer la probabilité de survie, on a eu recours aux procédés de la Survival Analysis (méthode de Kaplan-Meier). La



Jusqu'à 29 ans: N=116 40-49 ans: N=322
 30-39 ans: N=276 50-59 ans: N=149

Figure 1: Probabilité de survie durant la période prise en compte dans la catamnèse et âge des sujets au moment de la fin du traitement (méthode Kaplan-Meier; nombre total: N=863)

mortalité exédatrice a été calculée à partir de taux de mortalité standardisés fondés sur la statistique des décès dans la population globale (1987-1993; classes d'âge par 5 ans; source: Office fédéral de la statistique).

Résultats

Mortalité

Les données relatives à la mortalité portent sur la quasi totalité de la population étudiée. Seules 3,3% des 915 personnes incluses dans la recherche sont demeurées en effet introuvables à la suite des recherches effectuées auprès des services de contrôle des habitants. Pour toutes les autres, on a pu savoir si elles étaient encore en vie ou non. Au cours de la période totale sur laquelle porte la catamnèse (6,9 ans en moyenne), 17,8% des hommes (n=116) et 10,8% des femmes (n=25) sont décédés. Cela correspond à un taux annuel de mortalité de 2,8% chez les hommes et de 1,6% chez les femmes (2). Comme on le voit sur la figure 1, les courbes de survie obtenues indiquent une répartition régulière des cas de décès au cours de la période étudiée.

Comparé au taux de mortalité attendu en fonction de l'âge et du sexe selon les statistiques officielles (source: Office fédéral de la statistique), le taux de mortalité de la population étudiée est environ six fois plus élevé que celui de la population suisse en général (taux de mortalité standardisé [SMR] = 6,0, intervalle de confiance: 5,0-6,9). Si les hommes présentent un risque de mortalité plus élevé que les femmes, on constate cependant la tendance d'une mortalité exédatrice plus élevée chez les femmes. Cette différence n'est cependant pas significative (taux de mortalité standardisé [hommes] = 5,7, intervalle de confiance: 4,6 - 6,7; taux de mortalité standardisé [femmes] = 8,0, intervalle de confiance: 4,8 - 11,1). Comme on pouvait s'y attendre, la mortalité s'accroît avec l'âge des personnes. On ne constate cependant pas de différences significatives entre les classes d'âge situées en dessous de 50 ans (âge au moment du traitement). On est néanmoins frappé par le fait que le taux de mortalité dans la catégorie des plus jeunes est tendanciellement plus élevé que celui des personnes entre 30 et 50 ans.

Afin de préciser les causes de décès, on a interrogé les médecins qui avaient établi le certificat de décès. On a ainsi pu obte-

nir des informations concernant 127 des 141 cas de décès. Pour 17% d'entre eux, la cause véritable de la mort n'a cependant pas pu être établie. Les résultats de cette enquête sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Les causes de décès les plus fréquentes sont des maladies des organes digestifs. On a essentiellement constaté des atteintes du foie (cirrhose, coma hépatocum), ainsi que des hémorragies du tractus gastro-intestinal. Le rôle de l'alcool peut être considéré comme primordial dans ces causes de décès. Viennent ensuite et à parts égales les suicides et les maladies cardio-vasculaires. Le taux annuel moyen des suicides dans la population étudiée est de 0,29%; il est dix fois plus élevé que dans la population globale. A titre de comparaison, on a calculé qu'en 1992, le taux de suicide chez les 25 à 64 ans était de 0,024% (source: Office

Daniel: "Moi, je me dis alcoolique abstinent. J'ai peut-être changé de marge. S'il y a un cadre de tout le monde ici (il marque un cadre sur la table avec ses mains) à un moment donné, j'étais dans cette marge-là, à présent je suis dans la marge, mais de l'autre côté"

	Hommes (N = 105)	Femmes (N = 22)	Total (N = 127)	N
Appareil digestif	18.1%	18.2%	18.1%	23
Suicide	15.2%	9.1%	14.2%	18
Appareil cardio-vasculaire	15.2%	9.1%	14.2%	18
Tumeurs	9.5%	13.6%	10.2%	13
Accidents/violence	5.7%	9.1%	6.3%	8
Système nerveux central	5.7%	4.6%	5.5%	7
Organes respiratoires	4.8%	4.6%	4.7%	6
Intoxications	3.8%	4.6%	3.9%	5
Septicémies	2.9%	9.1%	3.9%	5
Tuberculose	1.0%	-	0.8%	1
Sida	1.0%	-	0.8%	1
Causes de décès non identifiées	17.2%	18.2%	17.3%	22

Tableau 1: Cause directe du décès des patients

fédéral de la statistique). Pour ce qui est des maladies cardio-vasculaires, il s'agit avant tout d'arrêts cardiaques (partiellement dus à une cardiomyopathie alcoolique) et d'infarctus du myocarde. En quatrième position, on trouve les décès dus à des cancers, avec fréquemment des tumeurs des organes respiratoires et digestifs. Ensuite, 8 décès consécutifs à des accidents ou à des actes de violence ont été signalés. On est frappé par le fait que dans deux de ces cas, il s'agit d'ho-

micides. Pour ce qui est des troubles du système nerveux central, il s'agit essentiellement d'hémorragies cérébrales et de crises d'épilepsie ayant abouti à la mort. Dans la catégorie des affections des organes respiratoires, il faut essentiellement mentionner les pneumonies. On doit faire l'hypothèse ici - et cela vaut également pour les 4 cas de septicémie (et le cas de tuberculose) - que ces maladies et leur issue mortelle vont selon toute vraisemblance de pair avec un style de vie toxicodépendant conduisant ces sujets à négliger leur santé. Pour ces cas-là, on peut en effet supposer que l'infection en question n'a pas été soignée ou alors qu'elle l'a été trop tardivement et que c'est ce qui a entraîné la mort des sujets. Dans les cas d'intoxication, il s'agit de surdoses ou d'une intoxication alcoolique.

L'examen de l'ensemble de ces causes de décès met en évidence le rôle déterminant revenant à l'alcool (et aux drogues illégales dans quelques cas). Dans plus de la moitié des cas (51%), les médecins interrogés confirment qu'il y a eu un rapport direct ou indirect entre la consommation d'alcool du sujet et le décès. Il n'en reste pas moins qu'un tel lien est exclu dans un quart des cas. Il est donc probable que l'alcool ne permette pas d'expliquer entièrement la mortalité 6 fois supérieure mise en évidence. Il faut par conséquent postuler la coexistence d'autres facteurs tels que le tabagisme très répandu dans ce genre de population ou, s'agissant des suicidés, d'une tendance dépressive supérieure à la moyenne.

Comportement face à l'alcool et à d'autres substances psychotropes

Pour estimer de manière différenciée le comportement des sujets face aux substances psychotropes, on a eu recours à plusieurs indicateurs de la consommation et de l'abus de boissons alcooliques, de médicaments psychotropes et de drogues illégales en se référant à des périodes différentes. Le problème de la rechute a notamment été abordé directement en posant un certain nombre de questions ciblées. Pour permettre de comparer les résultats de cette étude avec ceux d'autres études catamnétiques, on a procédé à une première classification des personnes interrogées en trois catégories en appliquant les critères "d'abstinence" et de "rechute" utilisés dans la plupart des catamnèses dans ce domaine

(cf. la définition des critères explicitée plus haut). Les personnes que l'on ne pouvait considérer ni comme ayant rechuté, ni comme étant abstinentes ont été classées dans la catégorie "consommation intervenue, mais sans rechute". Les résultats de ce classement sont présentés dans le tableau 2.

Dans cette répartition grossière, les résultats du sous-échantillon à haute investigation montrent seulement une tendance à être moins favorables que ceux de l'échantillon principal (pas de divergence significative); on s'est donc autorisé à appliquer les pourcentages obtenus à l'ensemble du collectif. Les valeurs concernant les femmes tendent à être plus défavorables que celles concernant les hommes; il s'avère cependant qu'il s'agit de différences non significa-

suivant leur traitement. Il existe cependant des différences notables entre les rechutes chroniques et les rechutes occasionnelles intervenant dans un parcours par ailleurs positif. On a constaté en effet une variance importante s'agissant de l'importance des rechutes durant la période prise en compte dans la catamnèse. Pour la déterminer, on a procédé à l'estimation de la fréquence et de la durée globale des rechutes intervenues. Les résultats relatifs à la fréquence des rechutes indiquent que les parcours ne comprenant qu'une seule rechute ont été assez rares (chez environ une personne sur six ayant connu des rechutes). Par ailleurs, un bon tiers des sujets ayant rechuté font partie de la catégorie comportant le nombre maximum de rechutes ("plus de dix"). Pour juger de l'importance des

	Hommes (N = 229)	Femmes (N = 89)	Total (N = 318)	N
Aucune consommation	13.5%	6.7%	11.6%	37
Consommation durant la période observée (mais sans rechute avérée)	24.0%	27.0%	24.8%	79
Rechute intervenue durant la période observée (ou soupçon de rechute)	62.5%	66.3%	63.5%	202

Chi²: n.s.

Tableau 2: Comportement face aux substances psychotropes durant l'ensemble de la période couverte par la catamnèse (échantillon global)

tives. En conséquence, on peut postuler qu'un dixième environ des personnes ayant suivi un traitement se sont abstenues durablement de consommer les substances psychotropes prises en compte. Pour un quart des personnes interrogées, on peut postuler qu'elles ont un comportement non problématique durable face à ces substances, même s'il leur est arrivé d'en faire usage. D'un autre côté, plus de six sujets sur dix ont rechuté au moins une fois durant la période référence. Et pour eux, la substance posant le plus de problèmes était toujours l'alcool. Les rechutes impliquant d'autres drogues et dans lesquelles l'alcool n'avait joué aucun rôle ont en effet été relativement rares (2-3% des rechutes). En revanche, l'abus d'alcool a souvent été accompagné d'un abus de médicaments psychotropes et/ou de drogues illégales (dans 15% environ des rechutes).

Importance des rechutes

Dans leur grande majorité, les personnes interrogées ont été confrontées à des situations de rechute au cours des années

suivantes, il semble que l'estimation de la durée globale des rechutes au cours des années suivant le traitement soit une dimension plus pertinente.

Comme le montre le tableau 3 (page 10), on constate qu'une proportion considérable des personnes ayant rechuté (45%) estiment que leurs périodes de rechute depuis le traitement correspondent à une durée globale de moins de trois mois. Compte tenu de la longueur de la période sur laquelle porte la catamnèse, on peut tout à fait considérer que la situation de ces personnes s'est améliorée. Les personnes qui ont mentionné des périodes de rechute correspondant à 50% ou plus de la période étudiée constituent environ 15% des sujets ayant rechuté et l'on doit considérer que leur état ne s'est pas amélioré.

Gestion des rechutes

Les résultats portant sur la fréquence et la durée des rechutes conduisent à supposer que les rechutes ont lieu plutôt par périodes et qu'elles sont généralement à nouveau surmontées. Les données rela-

Pour aider à s'en sortir.

Jusqu'ici, les traitements médicaux ainsi que les concepts de thérapies psychosociales menaient trop rarement au succès lors d'une alcoolodépendance. Une situation désastreuse – pour les patients comme pour les médecins!

Un soutien dans la réhabilitation à long terme des alcooliques est maintenant fourni par

Campral® (acamprosate)

- le premier alcool-addictolytique. Campral®, nouvelle substance dotée d'un principe d'action nouveau, est conçu comme une thérapie spécifique accompagnant le traitement moderne de l'alcoolisme. De vastes programmes d'études européens montrent que Campral®:
 - peut doubler le taux d'abstinence
 - retarde nettement la première rechute
 - diminue le besoin lancinant (craving) de consommer de l'alcool
- réduit la fréquence et la gravité des rechutes
- augmente la discipline thérapeutique du patient vis-à-vis du plan de traitement
- soutient les thérapies psychosociales.

 **Campral®**
le soutien
de l'abstinence.

Pour de plus amples informations sur la composition, les indications, la posologie, les effets secondaires et les mesures de précaution, voir le Compendium Suisse des Médicaments.

GROUPE



LIPHA

*Remboursé par
les caisses-maladie*

Lipha Pharma AG, Rüchligstrasse 20,
8953 Dietikon, Tél. 01/745 13 33

Campral® (acamprosate): **Liste B. Indication:** Dépendance à l'alcool: pour le maintien de l'abstinence après un traitement de sevrage réussi, en combinaison avec d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapeutiques, psychosociales, médicamenteuses). **Posologie:** 2 comprimés à 333 mg, 3 fois par jour. **Contre-indications:** Hypersensibilité au principe actif, insuffisance rénale, grossesse, allaitement. **Effets secondaires indésirables:** Les effets secondaires qui se manifestent sont la diarrhée, la nausée, les douleurs abdominales, les démangeaisons, un érythème et, très rarement, un urticaire avec un oedème de Quincke. **Interactions:** Il n'a été observé aucune interaction avec l'alcool, le disulfirame, les benzodiazépines et d'autres médicaments psychotropes. Pour de plus amples informations, consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Lipha Pharma AG, 8953 Dietikon.

	Hommes (N = 121)	Femmes (N = 48)	Total (N = 169)	N
moins d'un mois	23.1%	20.8%	22.5%	38
1 - 3 mois	22.3%	22.9%	22.5%	38
3 - 6 mois	15.7%	8.3%	13.6%	23
6 - 12 mois	9.9%	4.2%	8.3%	14
1 - 2 ans	6.6%	14.6%	8.9%	15
2 - 3 ans	7.4%	12.5%	8.9%	15
3 - 5 ans	6.6%	10.4%	7.7%	13
plus de 5 ans	8.3%	6.3%	7.7%	13

Tableau 3: Estimation de la durée globale de toutes les périodes de rechute au cours de la période de référence (personnes ayant rechuté uniquement; échantillon global)

tives au comportement face aux substances psychotropes au cours des six mois précédant l'enquête et au moment même de l'enquête renforcent cette impression.

Au cours de la demi-année précédant l'enquête, moins de la moitié (44,7%) (3) des sujets ont subi des rechutes, alors que ce taux était d'environ 29% plus élevé au cours de l'ensemble de la période étudiée. On peut donc faire l'hypothèse qu'un nombre non négligeable de personnes ayant vécu des rechutes ont été en mesure de dépasser de manière durable et parfois peut-être définitive leurs problèmes de dépendance. Il est également intéressant à cet égard d'analyser les réponses concernant le comportement actuel face à l'alcool (4). 6 personnes sur 10 répondent en effet soit qu'elles sont abstinentes (45%), soit qu'elles ne boivent que très rarement de l'alcool (16%). Le pourcentage des personnes indiquant qu'elles "boivent plutôt beaucoup" ou avouant ouvertement avoir des problèmes ne dépasse pas 24% au total. Il apparaît ainsi clairement qu'une partie des personnes qui ont encore fait des rechutes dans un passé récent parviennent, pour un certain temps du moins, à éviter de reproduire une telle situation et il semble plutôt exceptionnel que la rechute se transforme en état permanent. Le tableau 4 présente une vue d'ensemble des résultats portant sur le comportement face à l'alcool aux trois époques définies.

Comment les rechutes relativement fré-

quentes sont-elles surmontées? La moitié environ des personnes ayant rechuté répondent affirmativement à la question de savoir si elles ont fait appel à une aide extérieure après une rechute. Un petit tiers des hommes (et la moitié moins de femmes) renoncent en revanche systématiquement à recourir à toute aide exté-

rieure lorsqu'ils sont confrontés à une situation de rechute. Chez les femmes, la tendance à rechercher une aide extérieure est plus forte que chez les hommes (60,8% contre 46,5%). Il est également intéressant d'analyser les réponses à la question de savoir à quoi les personnes concernées attribuent le fait qu'elles ont réussi à surmonter leurs rechutes. Plus de la moitié des sujets qui sont devenus abstinents mais qui ont vécu des rechutes estiment que c'est leur propre volonté qui leur a permis de se relever de leur dernière rechute. Comme l'indiquent les résultats présentés dans le tableau 5, l'aide professionnelle joue elle aussi un rôle important dans le dépassement de la rechute, davantage encore que l'influence de la famille ou du/de la partenaire qui est néanmoins considéré comme un facteur important par près de 30% des personnes devenues abstinents. L'appui des groupes d'entraide est mentionné comme étant déterminant par 12% seulement de ceux qui ont connu des rechutes. Cela tient certainement pour une large part au fait que seule une minorité des personnes interrogées ont fréquenté ce genre de groupes à l'issue de leur traitement; on sait en effet qu'il faut généralement que de tels contacts soient établis durant le traitement déjà pour que les personnes faisant une rechute y aient alors recours.

	Catamnèse à 7 ans (N = 93)	6 mois avant l'enquête (N = 94)	Situation actuelle (N = 98)	
Pas de consommation d'alcool	15,1%	34,0%	44,9%	"Je suis absteinent-e"
Consommation occasionnelle d'alcool (sans rechute)	21,5%	24,5%	16,3%	"Je ne bois que très rarement de l'alcool"
			15,3%	"Je bois maintenant normalement, comme le font les autres gens"
			7,1%	"Je bois plutôt beaucoup, mais ça ne me cause pas de problème"
Rechutes intervenues	63,4%	41,5%	16,3%	"Je bois parfois trop et ça me fait problème"

Tableau 4: Comportement face à l'alcool durant la période globale de catamnèse, au cours des 6 mois précédant l'enquête et rapport à l'alcool au moment de l'enquête (échantillon partiel; exhaustivité des données: 81-85%)

Question: A quoi attribuez-vous avant tout d'avoir réussi à redevenir abstinent-e après votre dernière rechute?	Hommes (N = 105)	Femmes (N = 52)	Total (N = 157)
Volonté personnelle	58.1%	55.8%	57.3%
Aide extérieure (médecin, centre de consultation, etc.)	39.0%	48.1%	42.0%
Influence du partenaire/de la famille	30.5%	26.9%	29.3%
Autre	16.2%	23.1%	18.5%
Influence d'un groupe d'entraide	13.3%	9.6%	12.1%
Je ne m'en explique pas la raison	3.8%	1.9%	3.2%

Tableau 5: Facteurs ayant permis de surmonter une rechute (personnes abstinentes après rechute uniquement; plusieurs réponses possibles; échantillon global)

Conditions de vie et satisfaction existentielle

Intégration professionnelle

Les résultats concernant l'intégration professionnelle au cours des 6 mois précédant l'enquête sont récapitulés dans le tableau 6. On constate que la plupart des personnes interrogées exercent une activité professionnelle ou ont une autre occupation (ménage/éducation des enfants). Les différences entre les hommes et les femmes sont davantage le reflet des rôles sociaux en général que l'indice d'une évolution différente au niveau de la réhabilitation professionnelle. Interrogées sur leur satisfaction par rapport à leur situation professionnelle, les trois quarts environ des personnes actives se déclarent satisfaites à très satisfaites (entre 7 et 10 sur une échelle de dix). Les ancien-es patient-es qui sont soit au chômage (13%) soit inaptes au travail en raison de leur état général et qui touchent de ce fait une rente (8%) constituent en gros un cinquième de l'échantillon. On ne constate pas de grands changements par rapport à la situation avant le traitement (moins de chômeurs/ses et moins de gens inaptes au travail). Il faut cependant tenir compte ici du fait que la situation économique globale et la situation de l'emploi se sont considérablement dégradées en Suisse entre le moment où ces personnes ont suivi leur traitement et le moment où elles ont été interrogées et on peut supposer que la population étudiée est particulièrement touchée par cette évolution. Entre la situation en matière d'emploi (oui/non) et le comportement face aux

substances psychotropes (4 catégories), on a mis en évidence une corrélation allant dans le sens attendu (test du chi-carré: $p=0.001$). Les personnes sans travail étaient en effet rarement abstinentes (9%) et avaient fait de fréquentes rechutes au cours des 6 mois précédant l'enquête (58%), alors que chez les personnes qui ont un emploi, les abstinents sont plus de trois fois plus nombreux (31%) et leur taux de rechute est inférieur de 20%. Il n'est cependant pas possible de fournir à cela une interprétation

en termes de causes, les données recueillies ne permettant pas de déterminer si le chômage a précédé l'abus d'alcool ou si c'est le contraire.

Etat de santé

Les réponses concernant les troubles physiques et psychiques au moment de l'enquête sont présentées dans le tableau 7. Il en ressort que 47% des ancien-es patient-es ont affirmé souffrir de problèmes de santé. Parmi ces personnes, 6 sur 10 se sentent gênées de manière "perceptible" ou "considérable", tandis que les autres 40% estiment que leurs problèmes de santé ne les gênent "pas du tout" ou que "modérément". Lorsqu'on leur demande de situer sur une échelle de dix leur satisfaction subjective par rapport à leur état de santé, près des deux tiers des personnes interrogées se déclarent satisfaites à très satisfaites de leur état de santé (entre 7 et 10). En comparaison avec les données d'une enquête représentative auprès de la population générale, dans laquelle seules 4% des personnes interrogées (classe d'âge des 40-69 ans) affirment être en mauvaise santé et 13% indiquent que leur état de santé est médiocre (Office fédéral de la statistique 1994), les données concernant la population étudiée par la catamnèse révèlent que les problèmes de santé y

	Hommes (N = 229)	Femmes (N = 91)	Total (N = 320)	N
Plein temps ou plus de 70%	60.3%	31.9%	52.2%	167
Mi-temps à 70%	3.1%	11.0%	5.3%	17
A l'heure, moins de 50%	2.2%	7.7%	3.8%	12
Femme / homme au foyer	0.9%	27.5%	8.4%	27
Au chômage / à la recherche d'un emploi	14.0%	9.9%	12.8%	41
En formation / aux études	0.9%	1.1%	0.9%	3
Rentier-e	10.5%	6.6%	9.4%	30
Dans un établissement / hôpital	1.3%	-	0.9%	3
Autres	7.0%	4.4%	6.3%	20

Chi²: 81.475; df=8; $p<0.001$

Tableau 6: Situation en matière d'emploi au cours des 6 mois précédant l'enquête (échantillon global)

Question:	Dans la mesure où vous souffrez de maladies physiques ou de troubles psychiques, quelle gêne cela représente-t-il dans votre vie?	Hommes (N = 205)	Femmes (N = 76)	Total (N = 281)	N
Ne me concerne pas: pas de troubles		53,2%	52,6%	53,0	149
Pas du tout ou modérément gêné-e		18,1%	21,1%	18,9%	53
Gêné-e de manière perceptible		17,1%	19,7%	17,8%	50
Considérablement gêné-e		11,7%	6,6%	10,3%	29

Chi²: n.s.

Tableau 7: Maladies physiques et troubles psychiques au moment de l'enquête (échantillon global)

sont notablement plus importants que dans la population en général. Il n'a pas été possible de déterminer de corrélations entre les indicateurs de l'état de santé et l'âge des sujets. Les effets attendus liés à l'âge semblent ainsi être masqués par la relative fréquence des atteintes à la santé affectant toutes les classes d'âge.

Ce résultat concorde avec les données relatives à la mortalité qui n'ont pas permis non plus de conclure à l'existence d'une relation linéaire entre mortalité et âge des sujets.

Entre le comportement face aux substances psychotropes (3 catégories) durant l'ensemble de la période étudiée et la gravité des atteintes à la santé (4 catégories) au moment de l'enquête, on constate qu'il existe un rapport évident (test du chi-carré: $p=0,19$). En effet, plus des trois quarts (78%) des personnes restées abstinentes depuis leur traitement se sentent en bonne santé au moment de l'enquête, ce qui n'est le cas que pour moins de la moitié des personnes qui ont fait des rechutes. De plus, parmi ces dernières, la proportion de celles qui sont gênées de manière perceptible à considérable du fait de leurs troubles est trois fois plus élevée que chez les abstinents. Les indications concernant les personnes qui ne sont pas abstinentes mais qui n'ont pas vécu de rechute se situent entre deux. Il paraît ainsi plausible qu'il existe, dans cette population, une relation linéaire entre le comportement de consommation et l'état de santé.

Relations de couple

Au moment de l'enquête, près de la moitié (49%) des personnes interrogées cohabitent avec leur conjoint-e ou avec un compagnon/une compagne. 12 autres pourcents ont une relation stable, tandis que les personnes restantes n'ont pour la

plupart pas de relation de couple (32%). Près de 90% des personnes mentionnant une relation de couple stable s'en disent satisfaites ou très satisfaites (entre 7 et 10 sur une échelle de 10). Il apparaît que les sujets n'ayant pas de relation stable sont significativement plus nombreux à avoir une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues que ceux qui vivent en couple. Il faut néanmoins préciser ici qu'il n'existe un rapport positif entre le fait de vivre en couple et le rapport non problématique avec les substances psychoactives que dans la mesure où le/la partenaire n'a lui/elle-même pas de problème de dépendance.

Qualité de vie subjective

A l'aide d'une échelle comportant dix degrés, on a procédé à une estimation globale des conditions de vie du point de vue des sujets eux-mêmes et indépendamment de tout critère normatif. La question posée à cet effet était la suivante: "de manière générale, comment jugez-vous votre qualité de vie?", les deux réponses extrêmes proposées étant: "ne pourrait pas être pire" et "ne pourrait pas être meilleure". 70% des hommes et 76% des femmes considèrent clairement jouir d'une bonne qualité de vie (entre 7 et 10 points). Chez les personnes des deux sexes, les appréciations situées en dessous de 5 points sont rares (au total 8% des réponses). On constate en revanche une certaine accumulation au niveau moyen (20% attribuent 5 ou 6 points à leur qualité de vie). Même si l'on ne dispose pas de données comparatives pour ces patient-es avant le traitement ni de celles d'un groupe de contrôle, les résultats obtenus indiquent que, dans la plupart des cas, les ancien-nes patient-es sont plutôt satisfaits de leur existence. Lorsque l'on met en rapport les résultats concernant la qualité de vie et ceux por-

tant sur le comportement face aux substances psychotropes au cours des 6 mois précédant l'enquête, on constate que l'abstinence ou la consommation modérée sont associées nettement plus souvent que les rechutes avec une évaluation positive de la qualité de vie (valeurs moyennes des estimations: abstinents: 8.6; consommateurs/trices modérés: 7.7; sujets ayant rechuté: 6.7; analyse de variance: $F=19,042$; $df=2$; $p<0,001$). Il faut cependant mentionner qu'il existe des différences notables dans la perception de leur qualité de vie chez les personnes ayant fait des rechutes: 22% d'entre elles évaluent tout de même très positivement leur qualité de vie (degré 9 ou 10).

Discussion et conclusions

Validité des résultats

La constitution d'un sous-échantillon tiré au hasard et pour lequel on a pu obtenir un taux de participation élevé en relevant à la charge de manière intensive a permis de contrôler dans une large mesure les éventuelles distorsions dues à des effets de sélection. Des marges d'incertitude subsistent néanmoins, car on ne sait rien du devenir des 15% de personnes de cet échantillon qui n'ont pas répondu, ont refusé de participer ou n'ont pas pu être jointes. Par ailleurs, en dépit des mesures de contrôle de la fiabilité et de la validité des réponses, on ne peut pas exclure que certaines réponses puissent être biaisées, les répondants se conformant parfois à la désirabilité sociale. De ce fait, les résultats de telles études doivent toujours être considérés comme des évaluations plus ou moins bien étayées de la situation réelle.

Mortalité

Comparée aux résultats d'études récentes, la mortalité six fois supérieure au taux attendu d'un échantillon de même structure issu de la population générale ne constitue pas un résultat exceptionnel. Ainsi, dans une étude catamnétique multicentrique menée en Allemagne (recul: 4 ans), Feuerlein et al. (1994) ont mis en évidence un taux de mortalité 8 fois plus élevé que celui de la population générale. Quant à Finney et Moos (1991), ils ont trouvé un taux de mortalité 9,5 fois plus élevé que celui d'un groupe témoin dans une étude portant sur des personnes alcoolodépendantes 8 ans après le traitement qu'elles

avaient suivi dans cinq centres américains. En Suisse, un taux de mortalité 6 fois supérieur à celui de la population générale a déjà été mis en évidence chez les anciens patients d'une clinique spécialisée (Spinatsch et Chilvers 1991). Les auteurs d'une étude multicentrique américaine à grande échelle portant sur des hommes ayant suivi un traitement ont abouti à des chiffres plus bas (Polich et al. 1980); en dépit d'un taux élevé de mortalité annuel de 3,2%, ils ont en effet constaté un taux de mortalité excédentaire d'un facteur 2,5 après quatre ans.

Le taux de mortalité et la multiplicité des causes de décès constatés ici attirent une fois de plus l'attention sur la gravité et la complexité des conséquences de l'alcoolodépendance. Ce qui frappe particulièrement, ce sont les causes de décès qui ne peuvent être expliquées que par une marginalisation importante des personnes concernées (pneumonie, septicémie, tuberculose). Il apparaît que des mesures d'aide à la survie dans le sens de la mise à disposition de cette population de soins médicaux faciles d'accès est ici tout aussi urgente que pour les personnes dépen-

dantes de drogues illégales. Au niveau psychologique, il faut accorder une attention particulière à la tendance au suicide fortement présente dans cette population. Par conséquent, il faut que les stratégies permettant de surmonter les sentiments négatifs deviennent des éléments importants du traitement et de la réhabilitation.

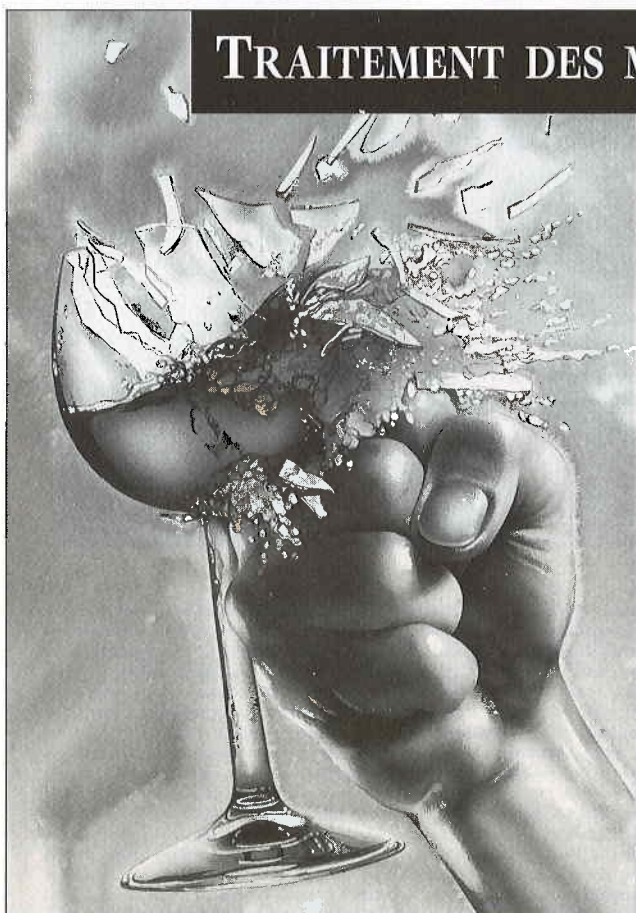
Comportement face aux substances psychotropes

S'agissant du pronostic de l'évolution des personnes alcoolodépendantes traitées, la référence souvent évoquée est "la règle des trois tiers". Selon cette règle, un tiers des personnes traitées demeurent durablement abstinents, un tiers d'entre elles sont améliorées, tandis que le troisième tiers reste inchangé. La revue de 265 études, essentiellement américaines, réalisée par Emrick (1974) a contribué de manière déterminante à l'établissement de cette référence. S'agissant de l'abstinence, la "règle des trois tiers" a pourtant dû être corrigée constamment à la baisse suite aux résultats d'autres syn-

thèses réalisées dans le monde anglo-américain (Süss 1995). Une revue portant sur les évolutions à long terme présentée par Feuerlein (1987) mentionne des travaux menés en Europe essentiellement et prend en compte des catamnèses d'un recul de quatre ans au moins. Les résultats présentés indiquent que les taux d'abstinence sont de moins de 20% (taux le plus bas: 5%) dans 6 études sur 16, de 20 à 30% dans 6 autres études et de plus de 30% (taux le plus élevé: 51%) dans 4 études. Les études multicentriques déjà mentionnées réalisées aux Etats-Unis (Polich et al. 1980) et en Allemagne (Küfner 1988) aboutissent eux aussi à des résultats divergeants. En effet, quatre ans après le traitement de référence, 28% des sujets de l'enquête américaine étaient abstinents depuis six mois au moins, 18% continuaient de boire sans qu'il en résulte des conséquences négatives, tandis que les autres 54% étaient considérés comme des buveurs problématiques. Avec un pourcentage de 66,2% d'abstinents au cours des 6 mois précédant l'enquête (catamnèse de 4 ans également), l'étude allemande

publicité

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA DÉPENDANCE



Pour le malade alcoolique, la dépendance est une prison dont il ne peut sortir seul. Nous pouvons l'aider.

La dépendance à l'alcool est une maladie affectant tous les domaines de la vie de celui ou de celle qui en souffre.

L'évolution de cette maladie entraîne la personne dépendante dans des souffrances profondes. Elle perd non seulement le contrôle de sa consommation mais également celui de sa vie. Elle devient incapable de réaliser ses objectifs.

L'aide extérieure s'avère dès lors indispensable.

Cette maladie affecte aussi l'entourage familial, social et professionnel, amenant très souvent celui-ci à un processus de co-dépendance.

Notre programme thérapeutique englobe les différents aspects de la maladie ainsi que ses implications.

Pour plus d'informations, en toute discrétion, n'hésitez pas à contacter notre service de coordination médicale, quelle que soit votre couverture d'assurance.



CLINIQUE LA MÉTairie

Unité de traitement des maladies de la dépendance (alcoolisme et autres toxicomanies)

Chemin de Bois-Bougy CH-1260 Nyon

Téléphone 022 361 15 81

Horizon Communication Lausanne

débouche sur des résultats nettement plus positifs. Dans cette étude, on est néanmoins frappé par la faible proportion des personnes buvant modérément et considérées comme améliorées (3,7% au cours des 6 mois précédant l'enquête). Ce sont donc 30,1% des sujets de l'étude allemande qui ont vécu des rechutes durant les six mois précédant la catamnèse à 4 ans. Compte tenu des différentes durées prises en compte dans les catamnèses, des différents laps de temps considérés pour l'évaluation, des différents critères comportementaux retenus, les comparaisons directes des taux d'abstinence et de rechute entre les différentes études doivent être relativisées. Si l'on veut situer les résultats de l'enquête suisse présentée ici, on peut dire qu'ils se situent plutôt dans la moyenne générale. Si l'on se réfère aux études multicentriques déterminantes concernant les Etats-Unis et l'Allemagne, les résultats de la présente étude (abstinence par rapport à l'alcool au cours des 6 mois précédant l'enquête: 34%; rechutes: 41,5%) correspondent plutôt aux résultats de l'étude américaine, tandis que les résultats de l'étude allemande - même si elle est grevée de quelques problèmes méthodologiques (Skarabis 1986) - présentent des taux de réussite étonnants au plan international.

On a pu identifier un groupe relativement important de personnes (soit un quart des sujets interrogés) qui semblent avoir réussi à ne pas rechuter durant plusieurs années, alors même que certaines d'entre elles boivent occasionnellement et d'autres même souvent de l'alcool. Cela indique que l'abandon de l'abstinence n'entraîne pas dans tous les cas une rechute dans la dépendance. Des observations analogues ont été faites dans de nombreuses autres études (par ex. Polich et al. 1980, Nordström et Berglund 1987,

ainsi que les compilations de Kissin 1983, Taylor et al. 1986). Les agents professionnels et bénévoles de l'aide aux personnes alcoolodépendantes doivent savoir qu'il est possible que ces personnes puissent revenir à un usage contrôlé de l'alcool. Cela ne signifie certes pas que l'abstinence comme but thérapeutique doit être rejetée en tant que telle. Nos données montrent d'ailleurs que ce sont les sujets qui ont atteint ce but qui, à bien des égards, se portent le mieux, y compris par rapport à ceux qui pratiquent des modes de boire socialement admis. Il s'agit donc bien davantage d'éviter les effets secondaires potentiellement négatifs d'une trop forte fixation sur le but de l'abstinence. On notera que la définition de finalités absolutistes et irréalistes, ainsi que la tendance à faire du dépassement des rechutes un sujet tabou au moment du traitement risquent de potentialiser les échecs (voir à ce propos Körkel 1997, Bühringer 1997, dans ce même numéro).

Les résultats présentés ici indiquent également que les rechutes varient considérablement d'une personne à l'autre. Elles sont en effet différentes quant à leur gravité, à leur fréquence, à leur durée et se produisent pour des motifs divers. Pour caractériser les modes de consommation durant la période étudiée par la catamnèse, il faut par conséquent postuler qu'il existe un continuum entre abstinence durable et consommation abusive chronique. En classant les données dans deux ou trois catégories seulement, nous obtenons en effet une image statique et biaisée de la réalité, car le succès (défini en fonction du but classique du traitement qui est l'abstinence permanente) paraît alors très mince et les rechutes très nombreuses.

La différenciation à laquelle nous avons procédé dans notre étude par rapport à la

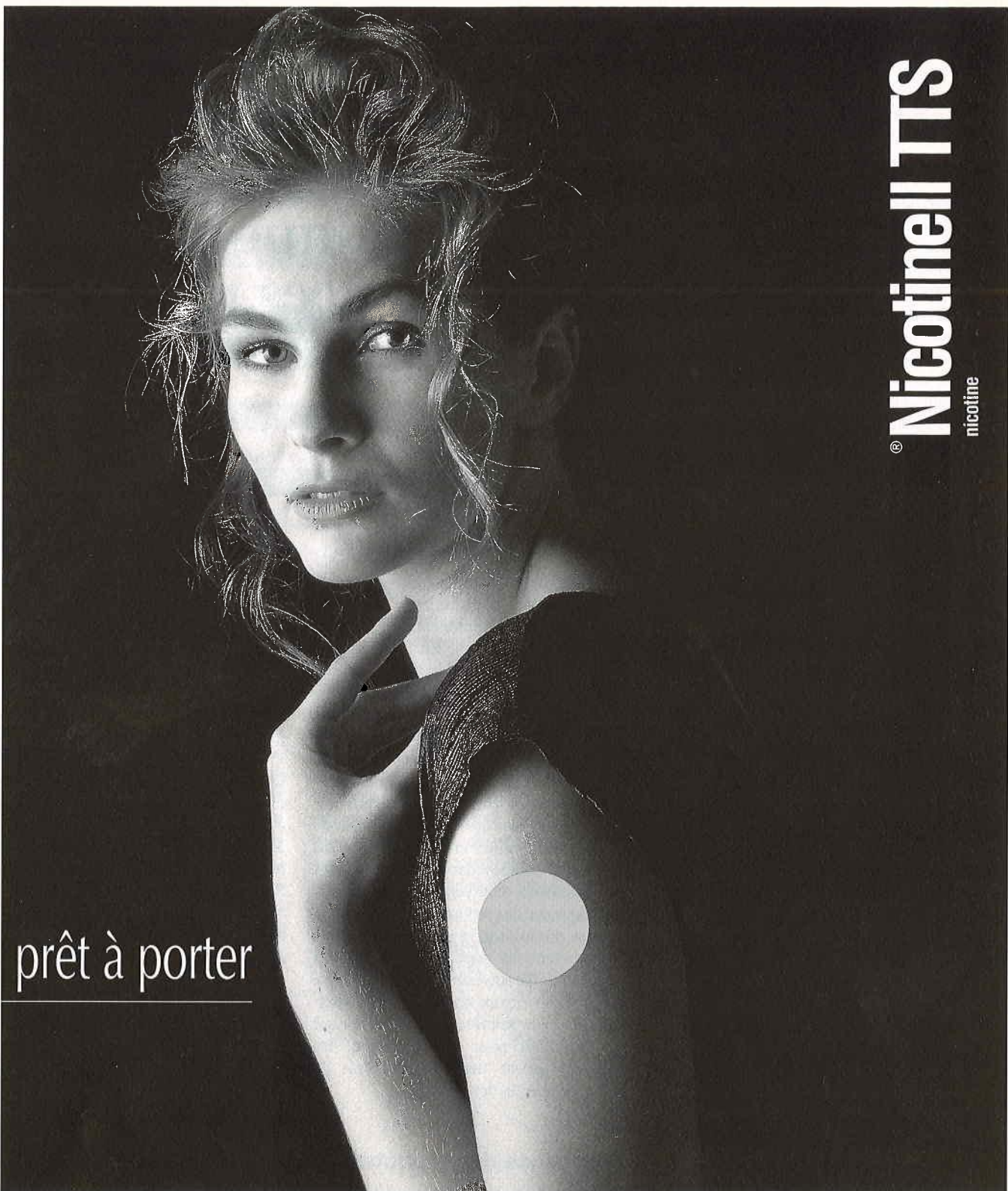
définition traditionnelle de la catégorie "rechute" met en évidence les limites de l'opposition dualiste et indifférenciée entre "abstinence" et "rechute". Chez nombre de sujets de notre étude, la rechute n'a en effet représenté qu'un bref épisode dans un parcours par ailleurs sans problème. L'évaluation indifférenciée de l'évolution des sujets a également pour conséquence de conduire à négliger certaines tâches importantes revenant à la recherche, ce qui a déjà été critiqué par Taylor et al. (1985). Des aspects primordiaux de la dynamique du processus de guérison qui se poursuit après l'intervention thérapeutique sont ainsi demeurés largement inexplorés. Or les nouvelles approches prometteuses développées pour prévenir et surmonter les rechutes (Marlatt et Gordon 1985, Lauer et al. 1995) impliquent une extension des connaissances au niveau des interactions influençant l'évolution. Actuellement, l'exploration de ces aspects est une tâche tout aussi urgente que la réalisation de catamnèses avec des groupes témoins permettant d'établir l'efficacité des traitements existants pour différents types de patients.

(1) Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (SAKRAM)

(2) Dans le calcul des taux annuels moyens de mortalité, on a pris en compte la diminution continue du nombre de référence annuel en raison des décès intervenus.

(3) En raison des différences significatives entre les deux échantillons, le pourcentage retenu ici correspond à l'échantillon dont le taux de participation a été maximisé (N=94).

(4) En raison des différences notables entre les deux échantillons, les données relatives à la consommation d'alcool (tableau 4) sont celles de l'échantillon partiel étudié de manière plus approfondie.



® Nicotinell TTS
nicotine

prêt à porter

Présentation: Système thérapeutique transdermique contenant de la nicotine, disponible en trois dosages (10 cm², 20 cm², 30 cm²) libérant environ 0,7 mg/cm²/24h.
Indication: Aide à la désaccoutumance du tabac par le traitement de la dépendance nicotinique. **Posologie:** Le patient doit s'arrêter complètement de fumer au moment où il commence le traitement avec Nicotinell TTS. Selon le nombre de cigarettes consommées par jour, le traitement sera initialisé avec Nicotinell TTS 30 cm² ou 20 cm². Pour les personnes fumant quotidiennement plus de 20 cigarettes, il est conseillé de commencer le traitement avec Nicotinell TTS 30 cm² une fois par jour. En dessous de 20 cigarettes, commencer le traitement avec Nicotinell TTS 20 cm². Les trois tailles différentes, 30 cm², 20 cm² et 10 cm², permettent un sevrage progressif de la substitution nicotinique sur des périodes de traitement de trois à quatre semaines. Des périodes de traitement complet de plus de trois mois et des surfaces de libération supérieures à 30 cm² n'ont pas été évaluées. **Contre-indications:** Non-fumeurs, enfants et fumeurs occasionnels. Comme pour le tabac, il y a contre-indication pendant la grossesse et l'allaitement et en cas de: infarctus aigu du myocarde, angor instable ou en phase d'aggravation, arythmies cardiaques graves, accident vasculaire cérébral récent, affections cutanées susceptibles de compliquer le traitement transdermique, antécédents d'hypersensibilité à la nicotine ou à l'un des composants du système thérapeutique. **Précautions:** Hypertension, angor stable, atteinte cérébrovasculaire, insuffisance artérielle périphérique, insuffisance cardiaque, hyperthyroïdie ou diabète sucré, ulcère gastroduodénal, insuffisance rénale ou hépatique. Réactions cutanées persistantes au timbre adhésif. Le médicament doit être tenu en permanence hors de la portée des enfants. **Effets indésirables:** L'arrêt du tabac s'accompagne de symptômes de sevrage. Au cours d'essais cliniques contrôlés, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés, avec ou sans relation de cause à effet avec la substance étudiée, ont été les suivants: réactions au point d'application du timbre (fréquemment érythème ou prurit), céphalées, symptômes évocateurs de rhume et de grippe, insomnie, nausée, myalgies, vertiges. Moins fréquemment: modifications tensionnelles, autres effets liés au système nerveux central et troubles gastro-intestinaux. Cas isolés d'œdème de Quincke, d'urticaire et de dyspnée. Voir l'information thérapeutique détaillée. **Conditionnement:** Nicotinell TTS 30: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 52,5 mg; Nicotinell TTS 20: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 35,0 mg; Nicotinell TTS 10: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 17,5 mg. Les TTS sont scellés en sachets à l'épreuve des enfants. Catégorie de vente B. Pour plus de détails, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Nouveaux résultats de la recherche catamnétique: conséquences pour la prévention des rechutes

Joachim Körkel, Dr phil, psychologue diplômé, Professeur à la Ev. Fachhochschule, Nuremberg

Les rechutes sont des phénomènes très répandus, qui surviennent rapidement après la fin du traitement. Mieux en connaître la genèse doit permettre de développer des mesures de prévention de la rechute.

Il est couramment admis que les rechutes des alcooliques constituent le seul indicateur de l'échec thérapeutique et de la défaillance du patient. En résumant ici les résultats récents de la recherche catamnétique et ceux concernant les rechutes en particulier, nous aimerions contribuer à une appréhension plus différenciée des rechutes et en encourager la prévention active. Dans cette présentation, un accent particulier sera mis sur l'intégration des résultats de la catamnèse de 7 ans réalisée en 1995 par Maffli, Wacker et Mathey dans l'état actuel des connaissances relatives aux rechutes.

La fréquence des rechutes, le moment où elles se produisent, la manière dont elles se déroulent, les conditions de leur survenue et l'efficacité des mesures visant à les prévenir seront analysés de manière détaillée. Les implications pratiques qui en découlent pour la prévention des rechutes seront mentionnées dans le cadre de chacun des chapitres.

Fréquence des rechutes

Le traitement de l'alcoolisme est efficace - cette affirmation est une sorte de "plus petit commun dénominateur" des résultats des méta-analyses statistiques effectuées: les taux d'abstinence à l'issue des traitements de désaccoutumance de l'alcool orientés vers l'abstinence ("thérapies") sont plus élevés que les taux d'autoguérison (Süss 1995).

Que ce soit à l'issue d'un traitement de désintoxication/motivation relativement court et peu intensif ou après un traitement résidentiel de plusieurs mois, les

rechutes, au sens d'une reprise de la consommation d'alcool, constituent davantage la règle que l'exception. C'est ce que montrent des études européennes portant sur une période minimale de 4 ans (cf. Feuerlein 1987) et des publications récemment parues en langue allemande (cf. la recension in: Körkel, Lauer 1988, 1995; cf. figure 1).

On peut ainsi observer, sur une durée de plus de quatre ans, le comportement face à l'alcool des 1410 femmes et hommes alcoolodépendants qui ont suivi un traitement de 2, 4 ou 6 mois dans l'une des 21 cliniques allemandes (étude "MEAT"). On constate que, selon ces relevés largement représentatifs s'agissant de la RFA, 54% des sujets ont recommencé à consommer de l'alcool par phases ou de manière durable (42% sans modification positive de leur manière de boire, 12% sous la forme soit d'un épisode de rechute de 4 semaines au maximum soit d'une consommation sociale d'alcool; Küfner et al. 1988; cf. les résultats analogues de Keup 1985). D'autres études, portant chacune sur une clinique spécialisée, aboutissent à des résultats semblables: en effectuant un bilan de manière conservatrice (prise en compte des patients sortis de clinique à la fin de leur traitement et de ceux qui en sont sortis prématurément, classification des non-répondants et des sujets décédés dans les rechutes), Scheller et al. (1995) rapportent un taux cumulatif de rechutes de 66% après 5 ans et de 76,1% après 10 ans. Pour une période de 10 ans également, le taux de rechutes est de 74% dans la catamnèse de Längle et Schied (1990). Dans la catamnèse portant sur 7 ans (de

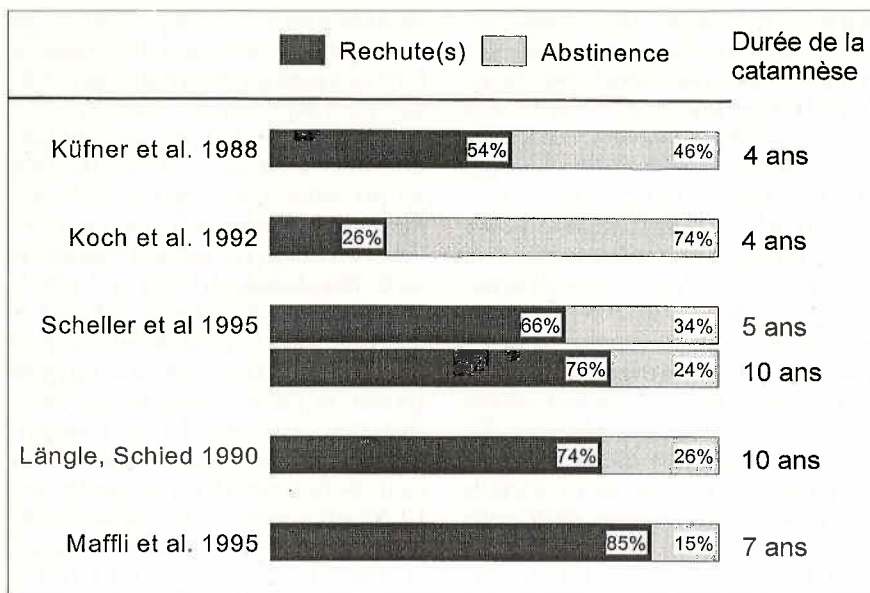


Figure 1: Sélection de résultats de catamnèses de longue durée après un traitement de sevrage résidentiel ("thérapie")

5,8 à 8,4 ans), on constate que 84,9% des 915 personnes dépendantes de l'alcool et de médicaments et traitées, en 1986 et 1987, dans les 8 cliniques spécialisées en Suisse alémanique durant 5,5 mois en moyenne (de 6 semaines à 1 an) ont reconsumé de l'alcool (Maffli et al. 1995). Plus précisément encore, 63,4% des personnes interrogées se considéraient elles-mêmes comme ayant rechuté ou ont été classées comme telles par les chercheurs parce que leur consommation dépassait certaines limites (en moyenne plus de 60 g [femmes] et 80 g [hommes] d'alcool pur par jour au cours des 6 mois précédant l'enquête). Pour 21,5% des sujets, une consommation d'alcool était intervenue sans qu'ils considèrent cela comme une rechute et sans que les quantités mentionnées soient dépassées.

Après avoir passé en revue les études longitudinales européennes comportant des catamnèses de plus de 4 ans, Feuerlein (1987) constate que, "au bout d'un temps assez long, une proportion de l'ordre de 50-60% des alcooliques rechutent de manière suffisamment grave pour qu'il en résulte des problèmes aux niveaux sanitaire et/ou social". On n'obtient un taux de rechute nettement plus bas (par ex. de 26% au cours des 4 ans suivant un traitement résidentiel pour les cohortes 1983-1985 des sujets traités dans les cliniques spécialisées allemandes reliées au système de documentation "DOSY", cf. Koch et al. 1992) que dans la mesure où l'on constitue, par le biais d'une sélection positive, un échantillon comprenant essentiellement des

ex-patients socialement bien intégrés. Il faut en conclure qu'à long terme du moins, les rechutes constituent bien la règle et non l'exception. De toute évidence, s'il faut des années pour qu'une personne s'installe dans la dépendance, il lui faudra également des années - en passant par des rechutes - pour s'en libérer. Prochaska, DiClemente et leurs collaborateurs (Prochaska et al. 1992) ont proposé un modèle du changement intervenant dans le comportement addictif qui intègre cette réalité de la fréquence des

rechutes. Ce modèle, très utilisé dans la recherche actuelle sur les dépendances postule que le changement s'effectue en six phases (cf. figure 2).

Selon ce modèle, un changement de comportement commence par la phase où la personne devient attentive (*précontemplation*). Cette phase peut être initiée par ex. par le fait que le médecin informe la personne de la présence d'un taux de gamma-GT trop élevé et des risques que cela implique pour sa santé. Si cela incite la personne à s'interroger sur sa consommation d'alcool, elle passe à la phase 2 (*contemplation*): "Est-ce que je bois vraiment trop? Est-ce que je fais vraiment du tort à ma santé en buvant ainsi? Si je ne buvais plus du tout, comment pourrais-je expliquer cela aux autres? Les soirées risqueraient d'être assez sinistres!", etc. Dans la phase 2, la personne pèse donc le pour et le contre: "Si je modifie mon comportement, quel en sera le bénéficiaire au niveau de ma santé et qu'est-ce que cela va me 'coûter' de renoncer à mes bonnes vieilles habitudes, à ce qui me fait plaisir dans la vie?". Dans la phase 3 (*détermination*) intervient le choix entre ne rien changer aux habitudes de consommation ou les modifier (*temporary exit*) et, dans ce cas, le choix de la voie à suivre pour y parvenir. Cette voie amenant à la phase 4 (*action*) peut par ex. consister à opter pour l'abstinence ou pour une consommation modérée, que ce soit sans le recours à une aide professionnelle

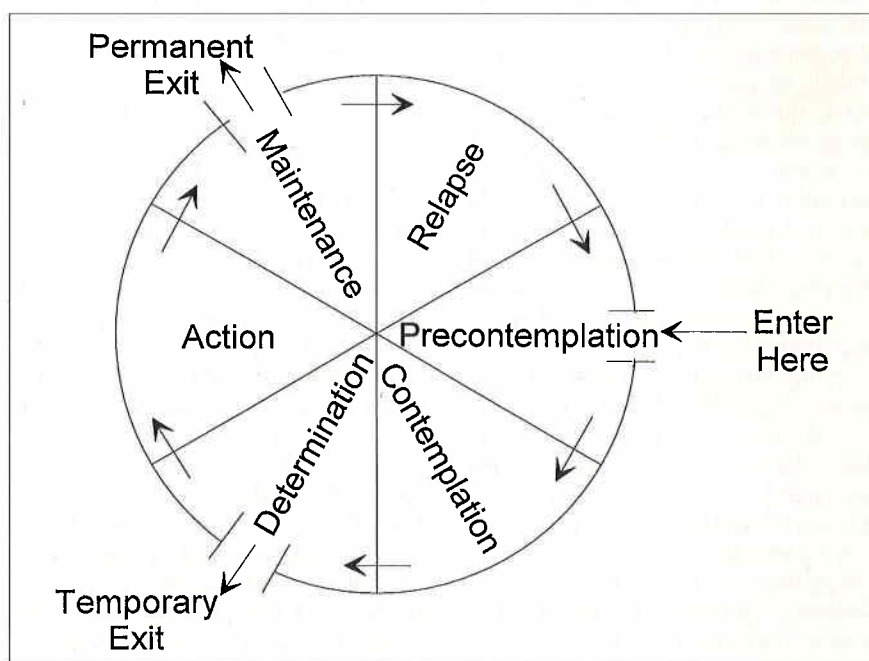


Figure 2: Modèle du changement intervenant dans le comportement addictif Prochaska et al. (Miller et al. 1995).

("autoguérison"), grâce à des consultations ambulatoires ou à une thérapie résidentielle. A la fin de ce processus de réorganisation, dans la phase 5 (*maintenance*), tout dépendra de la manière dont la personne parviendra à maintenir ce changement dans sa vie quotidienne et à parvenir à un état durable de "contentement dans la sobriété" (*permanent exit*) pour reprendre l'expression de Klement (1992).

Dans nombre de situations critiques - notamment en cas de problèmes de couple persistants, au moment de la perte d'un emploi, lors du décès de personnes proches ou d'une séparation - le recours à l'alcool peut être la dernière ressource permettant de surmonter le problème: on se trouve alors dans la phase 6 (*relapse*), la rechute. A ce moment-là, soit la personne "garde la tête froide" et s'engage dans un nouveau cycle de changement (en ayant recours par ex. à un groupe d'entraide: *action*), s'en tenant ainsi à ce "dérapage" unique, soit elle en arrive à une rechute durable, "attisée" par des sentiments de culpabilité, d'échec et de désespoir (avec la pensée: "Maintenant, tout m'est égal, je n'y arriverai de toute façon pas!").

Prochaska et DiClemente ont testé ce modèle en l'appliquant à différentes dépendances et plus particulièrement à la dépendance à la nicotine (cf. Prochaska et al. 1992). Ils ont notamment découvert que les fumeurs dépendants qui étaient fermement décidés à arrêter de fumer et avaient pris des mesures dans ce sens (qui avaient participé à un programme de désaccoutumance du tabac par ex.) avaient dû parcourir en moyenne cinq fois la spirale du changement - à savoir les six phases décrites - jusqu'à ce qu'ils réussissent à se passer durablement de cigarettes. Ce constat est valable pour d'autres dépendances: sortir d'une dépendance n'est en effet pas une "affaire qui se règle en une fois"; il faut à l'évidence s'y reprendre à plusieurs fois pour parvenir à se sortir de la spirale. Autrement dit, il semble bien que les rechutes fassent partie intégrante du processus amenant une personne à se libérer d'une dépendance, même si elles ne sont certes pas souhaitées, si elles conduisent parfois à la mort et causent de grandes souffrances pour les proches.

Les différences constatées dans les diverses études ne changent rien à ce constat. Selon les deux grandes études menées en Allemagne (Küfer et al. 1988) et en Suisse (Maffli et al. 1995), les femmes sont plus nombreuses que les

hommes à rechuter. Dans l'étude de Küfer et al. (1988), le nombre des femmes ayant suivi un traitement et qui ont fait des rechutes au cours de 6, 18 et 48 mois suivants - nombre cumulé - est de 8% plus élevé que celui des hommes dans le même cas (cf. figure 3).

Dans l'étude de Maffli et al., sur les 63,4% des sujets déjà cités comme ayant rechuté au cours des 7 ans sur lesquels portait la catamnèse, 60,3% étaient des hommes et 70% des femmes (chez les 21,5% de consommateurs modérés déjà cités, la proportion est inverse: 25,4% d'hommes contre 13,3% de femmes). De plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consommer à la fois de l'alcool et des médicaments psychoactifs (Maffli et al.).

Les raisons permettant d'expliquer cette différence dans le taux de rechutes selon le genre ne sont de loin pas encore élucidées. Cela a probablement à voir avec le fait que les femmes sont moins nom-

ce durable est nettement plus bas que ce n'est le cas notamment en Allemagne. C'est ainsi que, dans l'étude américaine de Polich et al. (1981: "Rand-Report"), dont les résultats peuvent être comparés avec ceux de l'enquête allemande réalisée par Küfer et al. (1988), seuls 7% des sujets sont durablement abstinents au-delà de 4 ans après la fin de leur traitement. Dans l'étude de Küfer et al. (1988) par contre, ce taux est de 46,4% pour la même période (4 ans), alors que, pour une durée de près du double (catamnèse portant sur 7 ans), l'échantillon suisse se situe entre deux, avec 15,1%. Il est probable que les différences relatives à la durée du traitement (env. 4 semaines aux USA), aux conditions (économiques) de vie des personnes dépendantes, ainsi qu'à la qualité, à la multiplicité et à l'accessibilité du système spécialisé de soins jouent un rôle dans l'explication des différences constatées d'un pays à l'autre dans les taux de rechutes.

	Période étudiée dans la catamnèse		
	6 mois	18 mois	48 mois
Hommes	31%	45%	51%
Femmes	39%	53%	59%

Figure 3: Taux cumulé de rechutes chez les hommes et les femmes au cours des différentes périodes étudiées dans la catamnèse (Küfner et al. 1988)

breuses à profiter de mesures d'accompagnement à l'issue de leur traitement ou que, dans ce domaine, les offres destinées spécifiquement aux femmes sont insuffisantes ou font défaut; mais il faut noter aussi - et surtout - que la polytoxicomanie est fréquente chez les femmes (dépendance alcoolique et médicamenteuse). Il ressort par exemple de l'étude réalisée en Suisse par Maffli et al., que 48,9% des femmes faisant partie de l'échantillon avaient fait un usage abusif d'alcool et de médicaments (essentiellement d'analgésiques, de tranquillisants, de somnifères et d'antidépresseurs) au cours des six mois précédant leur traitement, alors que ce n'est le cas que de 19,2% des hommes.

Dans les pays de langue anglaise - et surtout aux Etats-Unis -, le taux d'abstinen-

La rechute n'est pas un phénomène propre à l'alcoolisme. Comparés à d'autres populations dépendantes, telles que les héroïnomanes, les cocaïnomanes, les boulimiques et les anorexiques ou encore les fumeurs, les alcoolodépendants atteignent un taux d'abstinence pour le moins aussi élevé (cf. American Psychiatric Association 1993; Harvassy et al. 1991; Ladewig 1987). Selon l'étude réalisée par Minneker (1991) sur la réussite des programmes de désaccoutumance du tabac, "en moyenne [seuls] 15-20% des participants demeurent abstinents jusqu'à un an plus tard, les programmes les plus efficaces atteignant des taux d'abstinence allant jusqu'à 40%". L'étude prospective réalisée par Havassy et al. (1991) permet de faire une comparaison directe entre différentes dépendances;

elle a en effet permis de recueillir des données concernant la consommation hebdomadaire (déterminée sur la base notamment des déclarations des sujets eux-mêmes et des analyses d'urine) de personnes alcoolodépendantes et héroïnomanes, ainsi que de fumeurs, à l'issue d'un traitement résidentiel ou ambulatoire. Au cours des trois premiers mois suivant la fin de leur traitement, 92% (100%) des héroïnomanes, 69% (73%) des alcoolodépendants socialement mal intégrés (c'est-à-dire sans relation de couple, au chômage, faible niveau de formation, nombreux événements éprouvants au cours de l'année précédant le traitement), 46% (67%) des fumeurs et 36% (45%) des alcoolodépendants socialement bien intégrés, avaient connu une rechute d'au moins quatre jours par semaine (ou - chiffres figurant entre parenthèses - un "dérapiage" de trois jours au maximum).

Moment de la rechute

La recherche sur les rechutes a permis d'étayer à maintes reprises le fait que les premiers mois suivant la fin du traitement constituent la période où le risque de faire une première rechute est le plus important. Deux études ont par exemple mis en évidence qu'après un traitement de sevrage et de motivation d'environ 3 semaines, 42% (Veltrup 1995), voire 50% (Bechert et al. 1989) des ex-patients rechutaient déjà au cours du premier mois après la fin du traitement. Après un traitement de désaccoutumance plus long, le premier mois suivant la fin de ce traitement est également celui où se produisent le plus grand nombre de rechutes. Dans l'étude de Süß (1988), pour les personnes ayant fait une rechute durant les 6 mois de la catamnèse (soit 100%), celle-ci s'était produite au cours des quatre premières semaines chez 38,8% d'entre elles (dans l'étude MEAT, ce taux est de 37,1%, cf. Küfer et al. 1986). Dans l'étude de Maffli et al. (1995), "la moitié des répondants ont renoncé à respecter l'abstinence au cours des six premiers mois déjà" cf. figure 4). Dans un groupe composé à la fois de personnes ayant suivi un traitement court de sevrage et de personnes ayant bénéficié d'un traitement à plus long terme, Förster (1993) constate que "plus des trois quarts de toutes les rechutes se sont produites au cours des 4 semaines suivant la fin du traitement".

On s'aperçoit ainsi que la majorité des

premières rechutes interviennent lorsque les sujets passent du système de traitement à leur vie quotidienne. Dans la prévention des rechutes, il s'agit donc d'accorder une attention particulière à ces premiers mois où la vie quotidienne doit se réorganiser autour de l'abstinence. Or c'est précisément dans cette phase de transition que les responsabilités sont la plupart du temps mal définies, la question de savoir à qui il revient de prévenir la rechute n'étant pas clarifiée (centre de consultation ou autre centre ambulatoire, groupe d'entraide, médecin ou psychologue installé, etc.). A l'avenir, un système d'aide organisé en réseau doit avoir pour tâche de définir précisément les responsabilités et les possibilités de coopération.

Déroulement et dépassement des rechutes

La rechute n'est pas un événement statique, mais un phénomène dynamique,

ans (Küfner et al. 1988), 7 ans (Maffli et al. 1995) ou 10 ans (Längle, Schied 1990) pour leur demander si elles avaient bu de l'alcool au cours des six mois précédant l'enquête. On a ainsi répertorié entre 33% et 42% de consommateurs d'alcool, alors que, si l'on effectue un calcul cumulatif (c-à-d. portant sur la totalité de la période de catamnèse) - voir plus haut - ils sont nettement plus nombreux. Autrement dit, au fil du temps, une partie des personnes ayant rechuté vont devenir abstinentes et une partie des abstinents vont rechuter. C'est ainsi que dans l'étude de Maffli et al., "20% environ des anciennes patient-es qui ont vécu une rechute depuis leur sortie de traitement [env. 7 ans plus tôt] n'en ont plus fait au cours des six mois précédant l'enquête... Cela indique que ces personnes ont été en mesure de dépasser leur rechute de manière durable". Comme le montrent des études catamnestiques réalisées en Allemagne fédérale (cf. Küfner et al. 1988; Längle, Schied 1990), en Suisse (Maffli et al. 1995) et aux Etats-Unis (cf.

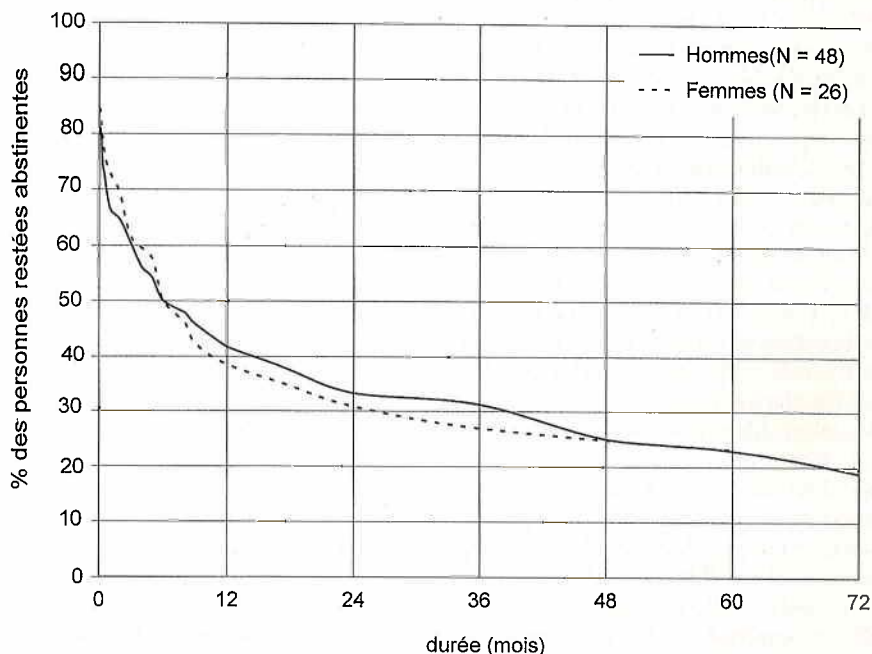


Figure 4: Pourcentage des personnes restées abstinentes depuis la fin de leur traitement (Maffli et al. 1995)

puisque de nombreuses personnes qui ont rechuté retrouvent ensuite la voie de l'abstinence ou - plus rarement - d'une consommation modérée/contrôlée (cf. Nordström, Berglund 1987) et qu'à l'inverse, une partie des personnes qui étaient abstinentes se remettent à boire. On a interrogé des personnes alcoolodépendantes à des moments différents après leur thérapie - 6 mois, 18 mois, 4

Finney, Moos 1991), les personnes les plus stables à long terme sont les ex-patients qui sont restées abstinents au cours des premiers mois après leur traitement. Par exemple, dans la catamnèse portant sur 10 ans de Längle et Schied (1990), 86% des sujets abstinents après deux ans conservent ce statut durant les huit années suivantes. Dans l'étude de Maffli et al., "il est rare que les personnes

qui continuent de vivre sans alcool après deux ans renoncent à leur abstinence [au cours des années suivantes].

En analysant plus précisément les "dérapages", on s'aperçoit que le "premier verre" ne déclenche pas forcément une catastrophe, comme sous l'effet d'une sorte de dynamique naturelle irrémédiable. En y regardant de plus près, on constate en effet que, si tant est que certains "dérapages" conduisent à des rechutes graves, cela ne se fait généralement pas de manière abrupte. Après avoir passé en revue les catamnèses à long terme réalisées en Europe concernant des alcooliques, Feuerlein (1987) constate ceci: "Il arrive relativement souvent que de petites rechutes se produisent occasionnellement au cours d'une longue période d'abstinence et d'adaptation sociale, mais généralement le patient s'en sort avec ou sans aide extérieure. Dans l'étude MEAT (Küfner et al. 1988) par exemple, 53,5% de tous les sujets n'avaient fait qu'un seul "dérapage" qui avait duré au maximum trois jours au cours des 18 mois suivant leur traitement résidentiel (cf. figure 5).

Même dans la vaste étude réalisée en Suisse (Maffli et al. 1995) et portant sur une période de plus de 7 ans, les rechutes de longue durée n'étaient pas la règle: chez près de la moitié (45%) des sujets qui avaient rechuté au cours de ces 7 ans, la durée totale de ces rechutes était de moins de 3 mois (cf. figure 6). "Les résultats concernant la durée et la fréquence des rechutes indiquent..., que celles-ci ne débouchent généralement pas sur un état permanent et qu'elles se produisent plutôt par phases (Maffli et al.).

L'analyse différenciée de cas particuliers (cf. Maffli et al.) vient ainsi confirmer que les "dérapages" ne se transforment donc pas abruptement en rechute permanente en vertu d'une loi biochimique naturelle. Il semble plutôt que la rechute se déroule avant tout "dans la tête". Il est donc essentiel de déterminer la manière dont une personne parvient à élaborer intérieurement un "dérapage". Lorsque, après s'être remise à consommer de l'alcool, elle se sent incapable de reprendre le contrôle parce qu'elle considère que la volonté lui fait défaut et qu'au fond d'elle-même elle abandonne, la probabilité augmente de voir le "dérapage" se transformer en rechute grave. Ce sont de telles "pensées auto-dépréciatives" et les reproches que le sujet s'adresse à lui-même qui exercent une influence déterminante sur l'évolution conduisant irrémédiablement du "premier verre" à la

"chute". Marlatt (1985) appelle ce phénomène "l'effet de transgression de la règle de l'abstinence" (cf. figure 7).

Lorsqu'ils se remettent à boire, un certain nombre de sujets dépendants parviennent à maintenir leur consommation d'alcool à un faible niveau et on peut alors parler d'une amélioration. C'est ainsi que dans l'étude MEAT (Küfner et al. 1988; cf. également Körkel, Lauer 1988), l'état de 2,6% des personnes traitées a été considéré comme amélioré durant les 4 ans étudiés dans la catamnèse. Dans le "Rand-Report" (Polich et al. 1981), cette proportion est de 12% et de 21,5% dans la catamnèse à long terme réalisée en Suisse (Maffli et al. 1995). Le pourcentage des personnes qui ont fait une rechute grave est un peu plus faible dans l'étude

Henri: "Moi, je pense qu'il faut toucher le fond, hein, il faut toucher le fond. C'est-à-dire qu'il faut s'écraser totalement. Pour vraiment comprendre ce que veut dire le problème d'alcool."

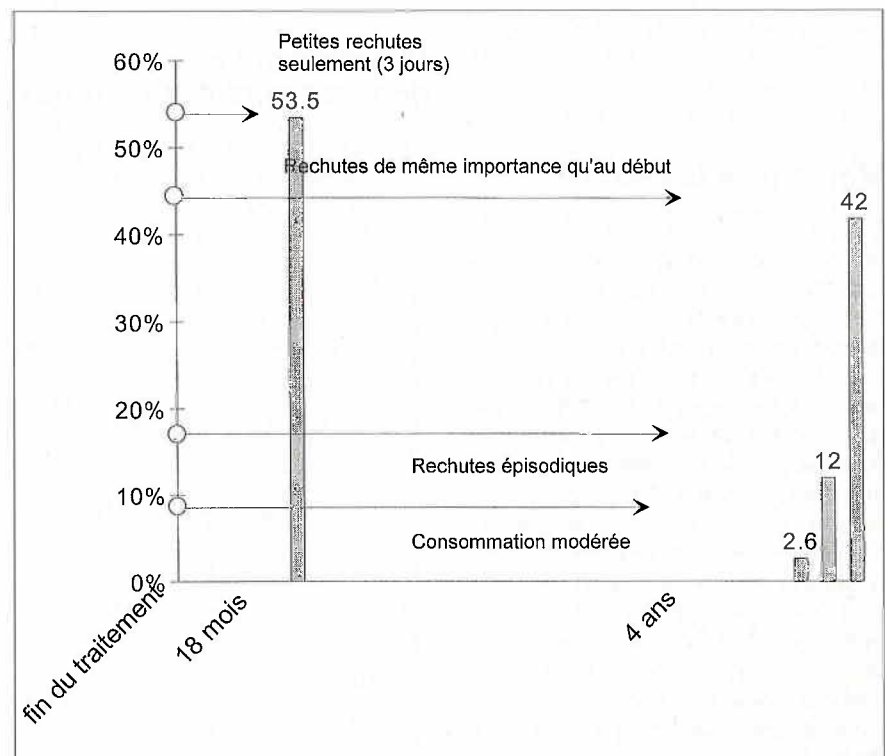


Figure 5: Evolution des rechutes (Küfner et al. 1988, in: Kruse, Körkel 1995)

MEAT (51%, catamnèse portant sur 4 ans) que dans l'étude suisse (63,4%, catamnèse portant sur 7 ans), ce qui peut s'expliquer par la différence de durée des deux catamnèses. S'agissant de "l'amélioration", il faut noter qu'elle est définie différemment dans les diverses études (Küfner et al. 1988: pas plus de 60 g d'alcool par jour pour les hommes et de 30 g pour les femmes plus d'autres critères; Maffli et al. 1995: pas plus de 80 g d'alcool par jour pour les hommes et de 60 g pour les femmes plus d'autres critères). Cela n'explique cependant pas pourquoi, après un traitement *orienté vers l'absti-*

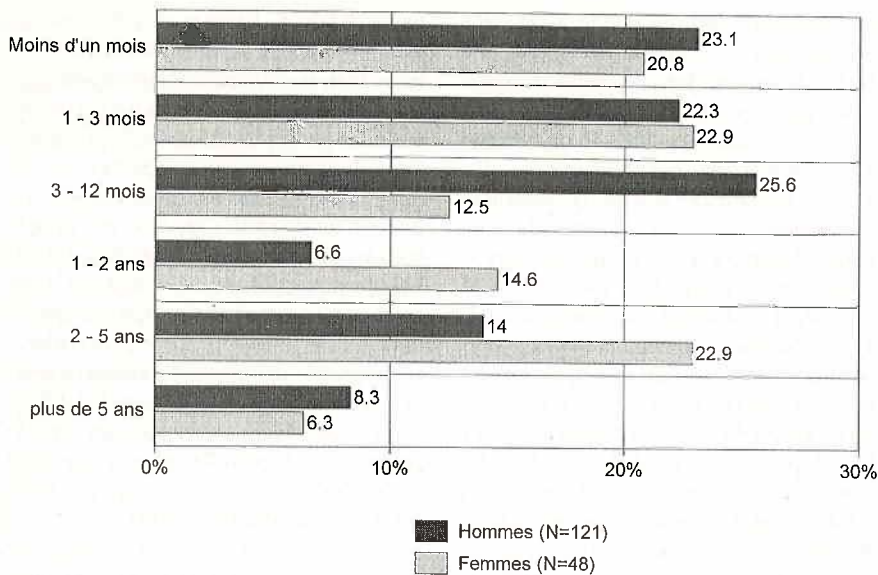


Figure 6: Durée totale des rechutes au cours des 7 ans étudiés par la catamnèse (Maffli et al. 1995)

nence, les consommateurs modérés sont notablement plus nombreux en Suisse qu'en RFA (21,5% contre 2,6%) ni pour quoi le taux des personnes durablement abstinentes est nettement plus important en RFA qu'en Suisse (64,4% contre 15,1%).

Chez les personnes qui s'en sont sorties par elles-mêmes et qui n'ont pas fait de thérapie résidentielle, on observe également des parcours divers en ce qui concerne les "dérapages" et les rechutes (cf. Klingemann, Efonyai-Mäder 1994). Les conséquences graves résultant des rechutes importantes ne peuvent pas être ignorées. Il est probable que les sujets ayant rechuté gravement et durablement contribuent tout particulièrement au taux de mortalité supérieur à la moyenne mis en évidence dans les études à long terme chez les alcooliques. Dans l'étude de Feuerlein et al. (1994) par exemple, le taux de mortalité est huit fois supérieur aux taux attendus, dans celle de Maffli et al. (1995) six fois plus élevé (cf. également Finney, Moos 1991, et Längle, Schied 1990). Il est attesté par ailleurs que les actes de violence que le partenaire ayant rechuté fait subir à sa famille sont notablement accrus (O'Farrell, Murphy 1995).

En résumé, on peut retenir de l'évolution caractérisant à différents niveaux le parcours des personnes alcoolodépendantes qu'il ne s'agit ni de prendre à la légère, ni de dramatiser les "dérapages" et les rechutes. Il serait en effet inadéquat de les prendre à la légère puisque l'on sait que les rechutes peuvent avoir des conséquences graves pour la personne dépen-

dante elle-même et pour son entourage proche. Dans ce sens, il est pertinent de les avertir que le mieux est de "ne pas toucher au premier verre (voire au premier praliné à la liqueur)". D'un autre côté, il ne faudrait pas se contenter de faire cette recommandation en négligeant par ailleurs de prêter attention à tout ce qui pourrait saper la capacité d'autodétermination de la personne dépendante. Il faudrait ainsi éviter, par exemple, de perpétuer le mythe selon

lequel la consommation de ces fameux pralinés à la liqueur conduirait irrémédiablement à la "chute dans l'abîme"; car il se pourrait que ce mythe se transforme en une prophétie auto-réalisante. Il faudrait clairement faire comprendre que l'on peut à tout moment enrayer l'évolution de la dépendance. Dans la prévention des rechutes, il s'agit également de veiller à appliquer, en cas de "dérapage", le principe consistant à offrir un soutien/une thérapie ambulatoire plutôt qu'un traitement résidentiel. Ce principe de base devrait en particulier être pris en considération lorsque la rechute a déjà été précédée d'une thérapie résidentielle et que le patient exerce encore une activité professionnelle qui constitue un élément de stabilisation sociale. On peut recommander enfin que l'accès aux institutions d'aide soit suffisamment facile pour que les personnes qui ont "dérapé" soient en mesure d'y recourir en cas de besoin.

Conditions d'apparition des rechutes

En se référant aux études empiriques disponibles, on peut distinguer trois niveaux dans la genèse des rechutes (cf. figure 8): Selon nombre d'études empiriques tant rétrospectives (par ex. Maffli et al. 1995) que prospectives (par ex. Hodgins et al.

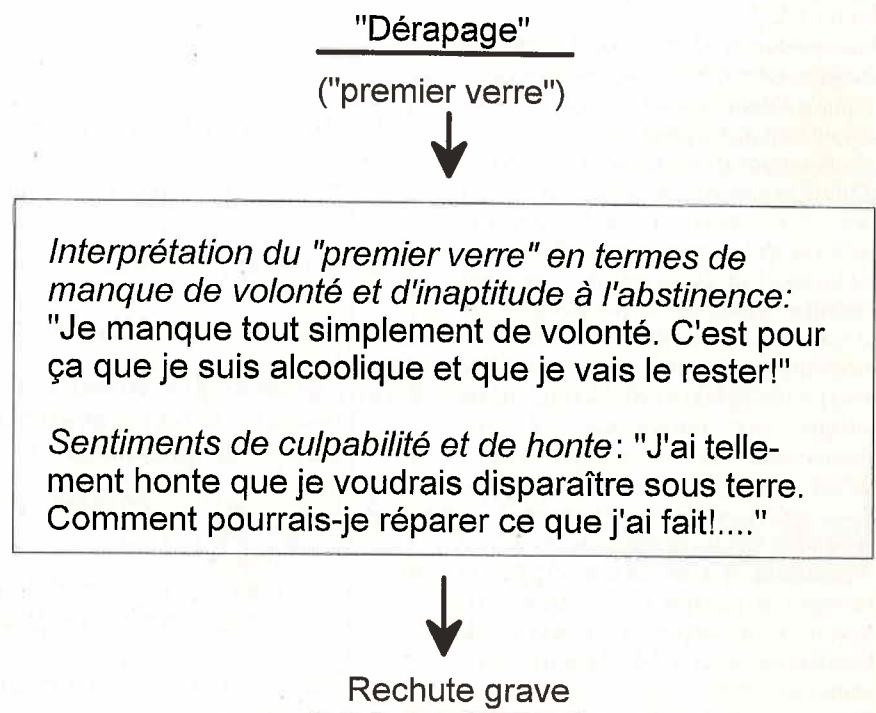


Figure 7: Les processus conduisant d'un "dérapage" vers une rechute grave (Marlatt 1985)

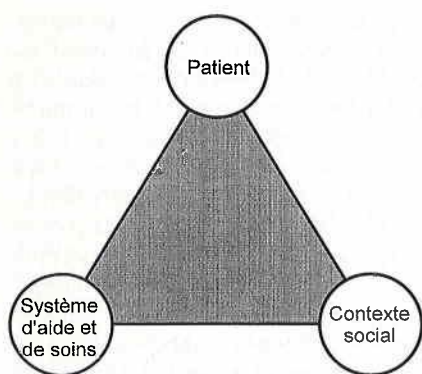


Figure 8:
Niveaux de la genèse des rechutes

1995), les causes de la rechute propres à la personne dépendante relèvent essentiellement d'états psychiques négatifs dont le sujet tenterait de sortir en se remettant à consommer (à court terme au moins, cela semble d'ailleurs réussir, cf. Veltrup 1995). Il peut s'agir d'états tels que: angoisse profonde ou troubles dépressifs, sentiment de vide ou de désordre intérieur (comme par ex. dans les troubles borderline), expériences de perte suite à la mort d'une personne proche ou d'une séparation, bouffées délirantes (chez les sujets psychotiques), effets secondaires désagréables de médicaments psychoactifs, etc. L'étude de Maffli et al. (1995) montre de manière exemplaire que "les principales causes [de rechute] invoquées font référence à des sentiments ou à des états négatifs (items 1 à 4)".

La substance dépendogène sert en quelque sorte (pas forcément consciemment) d'automédication face à des états qui ne sont pas supportables ou qui sont vécus comme insurmontables. Alors que d'autres personnes pensent à recourir à des moyens autres que des substances psychotropes pour surmonter des "crises intérieures" de ce genre, les sujets qui rechutent n'envisagent que rarement de recourir à de telles alternatives dans ces moments-là. A l'extrême, une rechute peut parfois permettre d'éviter un suicide lorsque l'état d'abstinence est vécu comme particulièrement douloureux et démoralisant (par ex. en cas de dépressions graves ou de troubles borderline; cf. Lauer). D'autres études mentionnent les éléments précurseurs de la rechute suivants: le manque de parvenir à surmonter des difficultés sans le secours de l'alcool (Fäh et al. 1991); la perspective, confirmée par l'expérience, que la consommation d'alcool permet d'obtenir des effets positifs (cf. par ex. Veltrup 1995); le manque de compétences

sociales et le peu de capacité à surmonter les difficultés.

Particulièrement dans le cadre de référence théorique de la thérapie comportementale, diverses mesures de prévention des rechutes ont été développées. En s'adressant directement à la personne dépendante, ces mesures visent à lui permettre d'acquérir les aptitudes suivantes: savoir reconnaître les situations qui pourraient conduire à une rechute, apprendre à se comporter autrement dans de telles situations (par ex. en s'exerçant à refuser), augmenter l'espoir de parvenir à surmonter la crise, apprendre à gérer les "dérappages", ou encore acquérir des compétences générales telles que la capacité de se détendre sans recourir à des drogues ou la faculté de faire face aux problèmes de façon systématique (Arend 1994). De manière plus précise, les éléments suivants peuvent servir de mesures préventives:

- information écrite et adaptée au patient concernant la rechute et sa prévention (Körkel 1992)
- analyse des rechutes antérieures et de leur déroulement
- utilisation de check-lists pour identifier les situations comportant un risque de rechute (par ex. "Inventaire différentiel destiné à repérer les situations propices à la rechute des personnes alcoolodépen-

dantes", DIRA, Klein et al. 1995) et évaluer les chances de surmonter ces situations (par ex. "Questionnaire concernant la confiance en ses propres compétences pour respecter l'abstinence", KAZ-35, Körkel, Schindler, sous presse)

- mise à disposition de différents moyens permettant de mettre fin à un "déravage" (cf. Arend 1994; Peele, Brodsky 1991), par exemple par un contrat de rechute (*relapse contract*) qui précise à quelle personne le sujet dépendant peut s'adresser après un "déravage" et comment cette personne va l'aider (cf. Chiauzzi 1991)
- groupes spécialement centrés sur la prévention des rechutes et qui peuvent se référer à des programmes déjà existants (cf. Warnigaratne et al. 1990)
- confrontation du sujet *in vivo* avec des facteurs déclenchant la rechute et intégration de l'expérience qu'il est capable de résister à des situations de tentation (Lindenmeyer 1995)
- utilisation des jeux de rôle et d'autres exercices permettant d'acquérir de nouvelles compétences pour surmonter les difficultés sans le recours à des drogues
- intégration de la question de la rechute dans les entretiens de couple, les entretiens avec les familles et les groupes de proches, afin d'éviter les "rechutes systémiques" (Schmidt 1992) ou pour établir un "plan d'urgence" (Rennert 1992) à l'intention de la partenaire non dépen-

		Hommes (N = 135)	Femmes (N = 58)
1.	Dépression, tension interne, agitation	37.0%	48.3%
2.	Contrariété, frustration, ennui	42.2%	31.0%
3.	Angoisse, tension, stress dû à un conflit	31.9%	50.0%
4.	Dispute, jalousie, contrariété, frustration	25.2%	32.8%
5.	Consommation en raison d'événements heureux, de bonne ambiance et de sentiments de bonheur	22.2%	25.9%
6.	Consommation en vue d'éprouver des sentiments positifs	20.0%	25.9%
7.	Consommation en société, en vue d'éprouver des sentiments positifs	22.2%	17.2%
8.	Besoin de prendre le produit	14.8%	22.4%

Figure 9: Les causes de rechute les plus fréquemment citées (Maffli 1995; réponses multiples possibles)

dante (par ex. trouver un abri pour soi-même et ses enfants en cas de rechute du partenaire)

• depuis peu, on assiste à la prise en compte grandissante de processus biologiques en tant que facteurs déterminants de la rechute et de son évolution et une prophylaxie médicamenteuse de la rechute se met en place (par. ex. à l'aide de l'Acamprosat, censé diminuer l'envie d'alcool; cf. Soyka 1995, 1995b). On ne sait pas encore pour quel genre de personnes ces médicaments, associés à une aide psychosociale, peuvent être efficaces; les indications pourraient cependant être très limitées (par ex. à des personnes socialement bien intégrées).

Certains auteurs ont combiné les mesures préventives citées ci-dessus pour en faire des programmes spécifiques à l'intention notamment des alcoolodépendants, des cocaïnomanes, des usagers de haschich et des héroïnomanes (cf. DeJong 1994; Rawson et al. 1993). La plupart de ces programmes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique. De plus, leurs approches de la prévention diffèrent considérablement en fonction des facteurs identifiés comme favorisant les rechutes. Annis et Davis (1989) proposent de procéder à un sondage par questionnaire sur les risques principaux de rechute et de renforcer la résistance contre la prise d'alcool au moyen de jeux de rôles et d'autres méthodes permettant d'augmenter les compétences des sujets.

Selon Marlatt (1985), les quatre conditions suivantes jouent un rôle important. (Il propose les mesures préventives suivantes pour chacune d'elles):

1. Un style de vie peu équilibré, où dominant notamment les tâches, les délais, les problèmes, la pression du temps (mesures préventives: par ex. enrichissement de la vie quotidienne par des choses agréables telles que le jogging, le massage, des repas particuliers, de nouveaux loisirs).

2. Survenue de situations particulièrement difficiles, comme par ex. la consommation d'alcool lors d'une fête d'entreprise (mesures de prévention: par ex. sensibilisation à des situations à risque à l'aide d'une check-list, de récits de fantasmes de rechute et d'analyses d'épisodes antérieurs de rechute; évitement de la situation; exercice de la compétence sociale; exercice de la gestion du stress).

3. Manque de compétences comportementales permettant de surmonter les épreuves supplémentaires autrement qu'en buvant (mesures de prévention: par ex. jeux de rôles permettant d'acquérir des compétences; se représenter en pensée les moyens de surmonter les épreuves).

4. Représentations de la personne dépendante qui favorisent une reprise de la consommation plutôt que de l'éviter, comme par ex. une conviction peu marquée d'être capable de résister ou attentes positives s'agissant des effets de l'alcool (mesures de prévention: par ex. liste comparative des aspects positifs et des aspects négatifs de la consommation de drogues ["matrice de décision"]; réinterprétation d'un "dérapage", qui d'un échec devient un faux-pas de courte durée pouvant donner des indications sur les apprentissages à réaliser et qui ne doit pas être attribué à l'incapacité du sujet à maintenir l'abstinence). En se référant à

Marlatt (1985), Warnigaratne et al. (1990) ont élaboré un manuel à l'intention des thérapeutes qui permet à chacun d'élaborer, au cours de sept séances de groupe, ses propres risques de rechute et les moyens de les surmonter.

S'agissant de l'alcoolisme, Gorski (1988a, 1988b; Gorski, Miller 1986) a mentionné l'existence de symptômes de manque subsistant au-delà de la phase aiguë et qui, à son avis, réapparaissent encore des mois après la désintoxication physique et constituent des facteurs de rechute déterminants (cf. Murphy, Hoffmann 1993). Il a proposé que l'on accorde une attention particulière à ces symptômes après la fin du traitement et que les patients apprennent à y faire face dans des groupes d'entraide centrés particulièrement sur la prévention des rechutes (*relapse prevention planning*).

En se fondant sur la conception classique de l'alcoolisme comme maladie, Rogers et McMillin (1992) ont déduit de leur expérience douze "pièges à rechutes" (*the 12 relapse traps*), la lecture attentive de leur livre étant censée permettre à une personne alcoolodépendante de les éviter. Hunter et Salomone (1991) ont listé 20 façons de penser, de vivre et de se comporter qu'ils considèrent comme des indicateurs d'une "rechute sèche" et qu'il s'agit de contrer par des mesures appropriées afin d'éviter qu'il n'en résulte une "rechute mouillée".

Les travaux sur la prévention présentés jusqu'ici centrent leur attention sur la personne dépendante. Or, comme nous l'avons montré, certaines conditions sociales exercent elles aussi une influence sur les rechutes; tant l'environnement social que le système thérapeutique

publicité



2 institutions pour en sortir !

ALCOOLISME

L'Estérelle à Vevey
au 021/921 84 83

L'Arcadie à Yverdon
au 024/426 11 15

MIX & REMIX

devraient donc aussi être pris en compte dans les réflexions concernant la prévention. Pour commencer, il faut se demander si et dans quelle mesure, dans l'état actuel des connaissances, il apparaît que le contexte social contribue à l'apparition d'une rechute.

Contexte social

Selon l'étude prospective de Havassy et al. (1991), l'absence de réseau social favorise notablement la survenue d'une rechute chez les personnes dépendantes. Par "réseau social", on entend ici notamment la présence d'une personne proche vivant dans le même logement (par ex. conjoint-e, enfant adulte, compagnon/compagne de chambre), l'existence d'amis en dehors du domicile, un nombre relativement grand d'amis et de parents proches, l'appartenance à des groupes sociaux organisés, etc. Dans cette étude, on a constaté que les personnes qui ne bénéficiaient d'aucune intégration sociale ou qui étaient socialement mal intégrées étaient particulièrement nombreuses à rechuter au cours des 12 semaines suivant la fin du traitement: selon que leur intégration sociale était nulle, moyenne ou importante, 90%, 61% ou 54% des sujets traités ont rechuté. Le fait de vivre avec une personne proche (en particulier avec son/sa conjoint-e) diminue nettement la probabilité de rechute (personnes vivant avec un-e partenaire: 56% de rechutes; personnes vivant sans partenaire: 75% de rechutes). Ces résultats sont identiques dans les trois types de dépendances étudiés (c-à-d. pour les alcooliques, les héroïnomanes et les fumeurs/ses).

De même, Maffli et al. déduisent de leurs résultats "qu'un bon ancrage social des anciens patient-es va de pair avec une tendance à ne pas avoir de problèmes avec les substances addictives", la question de la cause et de l'effet restant cependant posée. On notera encore que s'agissant des personnes ayant un emploi, il faut également tenir compte des facteurs favorisant la rechute et qui relèvent de la responsabilité des entreprises. C'est le cas notamment lorsque l'environnement professionnel est "propice à l'alcoolisation" (boissons alcooliques disponibles en tout lieu, consommation excessive d'alcool à l'occasion de fêtes d'entreprise ou d'anniversaires, etc.) ou lorsqu'il n'existe pas de service de conseil dans le cadre de l'entreprise ou que celui-ci n'est pas utilisé.

Dans la prévention des rechutes, un certain nombre de mesures s'avèrent particulièrement efficaces: la promotion des liens sociaux (constitution d'un cercle d'amis, participation à des activités associatives, etc.), l'adoption par les partenaires sociaux d'un mode de vie abstinente, la stabilisation du couple et de la famille, ainsi que, dans le cadre des entreprises, un bon service de conseil en matière de dépendances (cf. Fleck, Körkel 1990). Par ailleurs, le travail social au sens classique (par ex. aide à la recherche d'un logement ou d'un travail) revêt une fonction complémentaire importante (cf. Körkel, Lauer 1988; Meyers, Smith 1995).

Le système d'aide et de soins

Le système spécialisé d'aide et de soins contribue à la survenue des rechutes et à leur gravité, par exemple en excluant systématiquement les patients qui rechutent durant leur traitement résidentiel (cf. Körkel 1995b), en rendant difficile un retour dans le traitement (par ex. par des "sevrages dissuasifs" et des remarques du genre: "surtout, ne revenez pas ici de sitôt!"), en posant de mauvaises indications (par ex. choix d'un traitement à court terme pour des personnes dépendantes dont le pronostic est mauvais d'entrée de jeu) et en négligeant de préparer les patients à affronter les "dérapages" (voir plus haut: "effet de transgression de la règle de l'abstinence").

En vue de prévenir les rechutes, les cliniques spécialisées devraient développer, en coopération avec les centres ambulatoires, les groupes d'entraide et les entreprises notamment, des conceptions permettant un traitement adéquat des personnes qui rechutent au cours de leur traitement résidentiel (cf. Körkel et al. 1995). La question de la rechute devrait ainsi être intégrée dans le traitement en tenant compte de ses multiples aspects (par ex. souhait de parvenir à une consommation contrôlée, manières d'agir après un "dérapage", élaboration de "plans d'urgence" avec les proches, etc.). La mise à disposition d'une aide concrète permettant de gérer les "dérapages" doit prendre le pas sur la diffusion de "mythes" concernant la rechute.

Pour résumer la question de la "genèse des rechutes", il faut retenir que dans l'état actuel de la recherche, ce sont les fragilités psychiques des personnes

dépendantes, les failles du réseau social et les insuffisances du système d'aide et de soins qui doivent être prises en compte dans l'explication de la survenue des rechutes. En revanche, considérer le manque de volonté, l'absence de discernement ou le besoin irrésistible d'alcool dû à la maladie comme étant des causes déterminantes des rechutes relève davantage du "sens commun" que des connaissances découlant de la recherche (cf. Körkel 1991). Il apparaît donc qu'il faudra apprendre à penser fondamentalement autrement, c'est-à-dire changer de paradigme (cf. Körkel 1995a). L'origine multifactorielle des rechutes mise en évidence implique que les actions de prévention unilatérales ne s'adressant qu'aux personnes dépendantes elles-mêmes ont moins de chances de réussir que des mesures plus larges qui englobent le contexte social de ces personnes.

Efficacité de la prévention des rechutes

Dans les chapitres qui précèdent, on a cherché à formuler des recommandations pour la prévention des rechutes à partir de résultats de recherche particuliers; certaines de ces recommandations sont ainsi de nature très générale. L'efficacité de certaines mesures préventives a pourtant fait l'objet d'une évaluation scientifique. Il s'agit presque exclusivement de recherches effectuées aux Etats-Unis; or, compte tenu de la différence entre les systèmes de soins existant aux USA et ceux de nos pays, il faut être particulièrement prudent lorsque l'on transpose ces résultats. Ces études montrent qu'au cours de la *réhabilitation*, seuls la participation régulière à des groupes d'entraide ou le fait de bénéficier de manière continue d'une prise en charge ou d'une psychothérapie permettent de prévenir la première rechute (*prévention primaire des rechutes*; cf. Körkel, Lauer 1995). Les mesures prises à l'issue du traitement sont extrêmement efficaces pour prévenir les rechutes à condition qu'elles interviennent immédiatement à la fin du traitement et qu'elles se poursuivent à raison d'au moins une fois par semaine durant 6 à 12 mois (cf. Körkel, Lauer 1988). Grâce à la plus grande étude réalisée en Allemagne (Küfner et al. 1988), on sait par exemple que parmi les hommes qui ont fréquenté régulièrement et pendant plus de quatre ans des groupes d'entraide après leur thé-

rapie résidentielle, 71% sont restés abstinents, alors que ce taux n'est que de 46% chez ceux qui ne participent pas à ces groupes ou qui ne le font que de manière irrégulière. Chez les femmes, ces proportions sont de 45% et de 35%, ce qui signifie que pour elles aussi, les groupes d'entraide ont une action préventive sur les rechutes, mais que celle-ci est moins efficace que pour les hommes. Ces données contrastent avec le fait qu'en Allemagne, plus de la moitié des alcoolodépendants ayant suivi un traitement n'ont eu recours à aucun service assurant un suivi au cours des 4 années étudiées (et les femmes sont encore moins nombreuses); ainsi, 34% des personnes dépendantes n'ont jamais participé à un groupe d'entraide et 80% d'entre elles n'ont jamais consulté un service spécialisé (Küfner et al. 1988).

En Suisse par contre, "plus des deux tiers des anciens patients (67,1%) et 80% des anciennes patientes" (Maffli et al. 1995) ont indiqué avoir eu recours à des services de consultation. Comparés avec les alcooliques allemands, les ex-patients suisses ont été en revanche deux fois plus nombreux à ne jamais fréquenter un groupe d'entraide (61,5%; ces groupes sont tout de même les services les plus utilisés après un traitement par les hommes, alors que chez les femmes, ce sont les médecins, les psychiatres ou les psychologues installés; Maffli et al. 1995). 71,3% des personnes ayant suivi un traitement de désaccoutumance en Suisse alémanique n'ont pas recours aux centres de consultation ou à d'autres services ambulatoires (Maffli et al. 1995). Le recours relativement faible aux services de postcure conduit à suggérer de procéder à une évaluation de leur "centration sur le client" (notoriété, attractivité, proximité géographique, mise en réseau, etc.).

Lorsqu'un "dérage" s'est produit, sa durée, son intensité et ses conséquences peuvent également être infléchies positivement par des mesures de *prévention secondaire des rechutes* (cf. Körkel, Lauer 1995); il peut s'agir en particulier de participer à un groupe d'entraide ou encore à un programme d'entraînement à la prévention des rechutes (ambulatoire ou résidentiel), ainsi que d'un suivi global par un service social au lieu de domicile (Meyers, Smith 1995). Reprenons une fois encore l'exemple de la participation à un groupe d'entraide: lorsque les sujets qui ont fait une rechute à l'issue d'une thérapie résidentielle vont dans un

groupe d'entraide, on constate que 56% d'entre eux sont abstinents après 4 ans - ce qui n'est le cas que pour 30% de ceux qui n'ont aucun lien avec un tel groupe (Küfner et al. 1988). On peut faire l'hypothèse ici que le groupe d'entraide produit un "effet de barrage contre la rechute". On ne peut cependant exclure que ce sont les personnes dépendantes les mieux intégrées socialement et les plus motivées à demeurer abstinentes qui adhèrent à ces groupes; on serait ainsi en présence d'un effet de sélection et non pas d'un pur effet de groupe (cf. les indices allant dans ce sens chez Süß 1988). Quoi qu'il en soit, les groupes d'entraide devraient veiller à réserver un bon accueil au plus grand nombre possible de personnes qui ont rechuté, plutôt que d'exclure ce groupe de gens en leur adressant des reproches ou en professant des dogmes. C'est pourtant cela qui semble se passer, car après une thérapie résidentielle, 41% de toutes les personnes abstinentes fréquentent un groupe d'entraide, alors que c'est le cas de 28% seulement de celles qui ont fait une rechute. En Suisse alémanique, les groupes d'entraide présentent le même défaut: interrogés sur ce à quoi ils attribuent d'avoir pu retrouver l'abstinence après leur dernière rechute, seuls 21% des sujets abstinents après leur rechute citent l'influence de tels groupes, alors que 29,3% mentionnent par ex. l'influence du/de la partenaire ou de la famille (Maffli et al. 1995). Ce résultat vient en corroborer un autre, à savoir que 12,7% seulement des ex-patients indiquent qu'ils ont adhéré à un groupe d'entraide en raison de la résurgence de leur problème d'addiction (Maffli et al. 1995). Dans le cadre de leur analyse d'autres données encore, les auteurs en viennent à faire, tout comme Küfner et al. (1988), l'observation suivante: "On peut par conséquent faire l'hypothèse qu'il faut généralement que de tels contacts soient déjà établis avant la survenue d'une rechute pour que les personnes y aient recours lorsque celle-ci se produit" (Maffli et al. 1995). Dans l'ensemble, parmi les personnes alcoolodépendantes ayant suivi un traitement résidentiel en Suisse alémanique, environ une sur deux bénéficie d'une prévention secondaire des rechutes (mais pas toujours au début de la rechute!). 42,5% des ex-patients interrogés ont en effet affirmé qu'ils avaient eu recours à une aide en raison de la réapparition de problèmes d'addiction au cours de la période étudiée dans la catamnèse (cela

va d'un groupe d'entraide à un nouveau traitement de désaccoutumance: Maffli et al. 1995). A cet égard, l'aide reçue dans les groupes d'entraide est la plus appréciée (8,1 de moyenne sur une échelle de 1 à 10).

publicité

Vous êtes dépendant de l'alcool ?

Vous aimeriez à nouveau vous ancrer dans la vie active ?



Centre Ville Genève

Permanence
téléphonique et prise
de rendez-vous
24h/24

Tél (022) 732 84 37

Rue de Lausanne 34
Case postale 2062
1211 Genève 2

 **HOSPICE GENERAL**
Institution genevoise d'action sociale

La rechute: une catastrophe, une chance ou une forme de vie?

Comme nous l'avons montré, les rechutes comportent le risque d'aboutir à la mort de la personne dépendante et d'entraîner un certain nombre de conséquences négatives pour les enfants, le/la partenaire et le contexte social proche. Pour cette raison, les rechutes doivent toujours être considérées comme un phénomène sérieux et comme un mal qu'il convient d'éviter dans la mesure du possible.

Il faut néanmoins garder également à l'esprit que certaines rechutes constituent à l'évidence quelque chose comme des étapes nécessaires ("Cette rechute, il me la fallait!") et que parfois, ce n'est que par l'apprentissage qu'elle fait au travers de ses rechutes que la personne est en mesure de parvenir (au moins par périodes) à une abstinence plus stable. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un sujet qui a fait à plusieurs reprises des "serments d'abstinence" se retrouve sans cesse confronté aux limites de sa propre capacité de contrôle et apprend progressivement à reconnaître la gravité de sa dépendance. C'est le cas encore lorsque les rechutes attirent l'attention sur le fait que ce n'est pas tout de renoncer à l'alcool, mais que d'autres problèmes de la vie personnelle doivent également être résolus et élaborés (par ex. une situation conjugale détériorée, des états dépressifs récurrents, etc.).

Enfin, pour de nombreuses personnes, la rechute devient une sorte de forme de vie qu'il ne faudrait pas dévaloriser d'emblée. En effet, comme d'autres drogues, l'alcool apporte à de nombreuses personnes socialement déracinées et chroniquement dépendantes un minimum de plaisir, de réconfort et de distance face à leur réalité. Il ne faut dès lors pas oublier qu'il est possible d'aider les gens à se sentir globalement mieux, même s'ils rechutent durablement. Ainsi, dans l'étude suisse réalisée par Maffli et al. (1995), 25,3% des personnes faisant une consommation problématique de produits psychotropes considèrent leur qualité de vie comme très bonne. "Ce résultat conduit à penser qu'une partie des

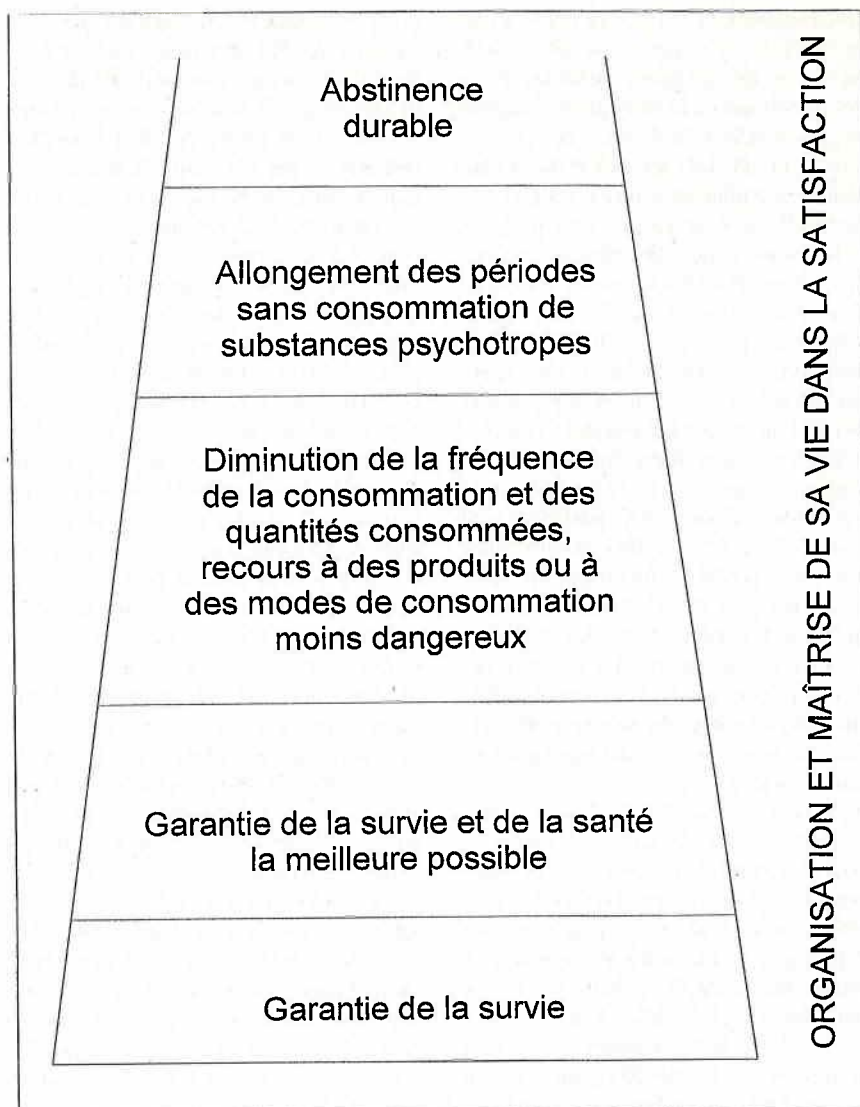


Figure 10: Hiérarchie des objectifs en matière de traitement des dépendances

personnes qui rechutent disposent de ressources qui les conduisent à considérer que leur vie vaut la peine d'être vécue et qui leur donnent peut-être de meilleures chances de surmonter la rechute". D'autres personnes (souffrant par ex. de "troubles précoces"), qui vivent fréquemment des crises existentielles, ont recours à une drogue dans des moments de grande angoisse, de sentiment de vide ou de désespoir, en considérant que la seule alternative serait le suicide (Lauer, en préparation). C'est la raison pour laquelle il faudrait éviter d'imposer automatiquement à toute personne dépendante le seul but de l'abstinence comme

objectif thérapeutique, sans se référer aux objectifs envisagés par la personne concernée, à son état psychologique et à sa situation sociale (cf. figure 10).

Il semblerait plus pertinent de fixer de cas en cas l'objectif le mieux adapté parmi une palette allant de la garantie de la survie (par ex. dans les cas d'urgences médicales aiguës liées à l'alcool telles que des états délirants, des convulsions, etc.) jusqu'à l'abstinence durable. Le fait qu'une personne soit subjectivement satisfaite de la qualité de sa vie devrait alors être à tous égards le critère le plus important (cf. Körkel, Kruse 1994).

Highlights

concernant la désintoxication

Nemexin®

(Naltrexone HCl)

Admis par les caisses-maladie (I)
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin® a été admis pour le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

et du diagnostic

DART®

Le premier test rapide de dépistage des drogues selon les normes du NIDA, sans réactifs.
Trois gouttes d'urine suffisent - après 6 minutes, vous connaissez le résultat.

DART® détecte simplement, rapidement et sûrement:

DART® 4: opiacés (sans méthadone), cocaïne, THC, ecstasy

DART® 2: opiacés (sans méthadone), cocaïne

DART® 1 (tests uniques): opiacés (sans méthadone)

cocaïne

THC

ecstasy

méthadone

barbituriques

benzodiazépines

Conférences,
informations et documentation:

OPOPHARMA SA, c/o Polymed Medical Center
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg
Téléphone: 01/810 03 14, Fax: 01/818 04 10

Notion de consommation contrôlée et critères d'évaluation

Gerhard Bühringer, Dr phil., Directeur de l'Institut für Therapieforschung, Munich

La consommation contrôlée nous donne des pistes de réflexion pour appréhender les rechutes après traitement. Ce concept invite à prendre en compte la reprise de consommation en la situant dans un contexte propre à chaque histoire de vie.

Il y a environ 25 ans, les époux Sobell entreprenaient les premières recherches sur la consommation contrôlée en tant qu'objectif du traitement des personnes alcoolodépendantes (cf. par exemple Sobell & Sobell 1973, 1978). Le caractère frappant de cette modification de l'objectif thérapeutique a souvent occulté le fait qu'une compréhension nouvelle de l'alcoolodépendance et de son traitement est également issue de ces recherches. Aux Etats-Unis, cette nouvelle approche a suscité une violente polémique de plusieurs années parmi les alcoologues et dans le domaine de la politique de la santé. Certains spécialistes sont allés jusqu'à affirmer que les auteurs avaient mal interprété, voire falsifié leurs données (cf. par exemple Marlatt 1983; Roizen 1987). En Europe, la discussion s'est déroulée de manière nettement plus objective du fait que - excepté en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves - pratiquement aucune recherche sur la consommation contrôlée à relativement long terme n'avait été réalisée. Dans les pays germanophones, seules deux études étaient disponibles (Czypionka & Demel 1976; Vollmer & Kraemer 1982) et la polémique entre spécialistes y a été moins virulente (cf. par exemple Watzl 1983). Le 25ème anniversaire des études sur la consommation contrôlée a donné lieu à un dossier spécial, publié dans le numéro de septembre 1995 du magazine *Addiction*, (cf. Sobell & Sobell 1995, ainsi que les commentaires s'y rapportant). Nous commencerons par présenter ici l'impact de la notion de consommation contrôlée

d'alcool sur les concepts actuels en matière de thérapie, puis nous examinerons ses incidences sur la recherche catamnastique.

La notion de consommation contrôlée

Lorsque l'on tente, 25 ans après, de mesurer l'impact de ce nouveau concept dans les pays germanophones, on constate que l'objectif thérapeutique de la "consommation contrôlée" ne s'est imposé ni dans la recherche, ni dans la pratique. Il faut cependant relever que les autres innovations conceptuelles associées à ce nouvel objectif thérapeutique ont influencé de manière durable la compréhension des conduites addictives.

Conception de la dépendance

Le développement de la notion de consommation contrôlée a eu pour principal avantage de permettre de "découvrir" qu'il existe un éventail beaucoup plus large de modes de consommation problématiques que ceux traditionnellement retenus, (dépendance de longue durée entraînant des dommages physiques, affectifs et sociaux importants). Cette perspective a eu pour conséquence de mettre en évidence la nécessité d'une approche thérapeutique plus différenciée et plus individualisée et c'est certainement là son mérite principal. Aussi, les réflexions à propos du traitement précé-

ce de l'usage abusif d'alcool au moyen d'interventions simples (Heather 1990), les considérations quant au choix des mesures thérapeutiques optimales en fonction de chaque cas particulier (Miller & Hester 1986), les recherches sur la prévention des rechutes (Marlatt & Gordon 1985) et des recherches de Prochaska & DiClemente sur les stades de la disponibilité au changement (1986, 1992) ont été stimulées par le concept de la consommation contrôlée. Ces points se sont établis comme de nouveaux axes de recherche et mis en question les orientations scientifiques et thérapeutiques classiques concernant "la marche à suivre" adéquate dans plusieurs aspects du traitement de l'alcoolisme. Même si l'on peut penser de prime abord que tout cela n'a rien de si extraordinaire, nous considérons qu'il s'agit là d'une des évolutions essentielles intervenues au cours de ce siècle dans le domaine de l'alcoolisme.

Mieux comprendre la rechute

L'analyse attentive des circonstances provoquant une rechute et du déroulement de celle-ci a conduit les chercheurs à porter un regard critique sur la conception antérieure, selon laquelle toute reprise de la consommation d'alcool après une période d'abstinence était considérée comme un échec immédiat et complet de la thérapie. Depuis lors, le comportement face à l'alcool est étudié de manière nettement plus différenciée dans les études catamnétiques. Cela a permis de constater, par exemple, qu'il existe de nombreuses nuances entre les catégories strictement définies "abstinence = succès de la thérapie" et "nouvelle consommation = rechute". Les recherches portant sur le déroulement d'une rechute et sur les circonstances qui la provoquent ont influencé l'ensemble de la pratique et de la recherche. La prise en compte de la rechute dans le processus thérapeutique, l'analyse des facteurs spécifiques qui la déclenchent chez chaque patient et la mise en place de programmes de prévention de la rechute sont les principales conséquences de cette évolution.

Conséquences au niveau du traitement

Le fait que la préoccupation des théra-

peutes - limitée auparavant aux sujets fortement dépendants - se soit élargie à d'autres sujets peut être considéré comme une autre conséquence positive. La prise en compte de l'ensemble des modes de consommation excessive d'alcool et d'autres substances psychoactives nuisibles à la santé, à l'état psychique ou à la situation sociale des sujets est aujourd'hui au centre de ces préoccupations. Les nouvelles orientations thérapeutiques de l'"early intervention" (Bühringer, Dehmel & Hanel 1989) et des "minimal interventions" (Heather 1990) ne peuvent être comprises qu'en référence à la notion de "consommation contrôlée". L'accent mis sur les aspects individuels de la conduite addictive a également conduit à individualiser les méthodes thérapeutiques, très uniformes jusque-là. Dans une institution thérapeutique, les patients étaient en effet pris en charge selon des procédures thérapeutiques et pour une durée uniformes, indépendamment de leurs particularités. Aucun diagnostic différentiel n'était posé, le choix de l'institution et du modèle thérapeutique relevant dès lors largement de l'arbitraire. L'individualisation du traitement constitue un changement significatif à cet égard; cette conception nouvelle a influencé - en Allemagne en tout cas - l'ensemble des établissements thérapeutiques résidentiels.

Les recherches de Prochaska & DiClemente (1986, 1992) ont remis en cause l'opinion par trop tranchée selon laquelle les sujets dépendants doivent être motivés pour entreprendre un traitement et qu'il ne tient qu'à eux-mêmes d'assurer un niveau de motivation suffisant dans ce sens. Elles ont en effet démontré que le processus de décision des sujets dépendants concernant une modification de leurs habitudes de consommation est cyclique. Il n'est donc pas indiqué de confronter un patient qui est en train de réfléchir à une modification possible de ses conduites addictives à l'impératif d'une abstinence immédiate et d'un traitement résidentiel à long terme. Dans un tel cas, il s'agit au contraire de favoriser et de consolider le processus de réflexion en cours (cf. par exemple Miller & Rollnick 1991). Ces recherches ont considérablement contribué à ce que la motivation à se soumettre à une thérapie ne soit plus considérée comme un "bloc monolithique", dont le patient serait seul responsable, mais comme un processus à long terme qu'il s'agit de soutenir par des mesures thérapeutiques.

Marc: "Vous comprenez, l'alcool était tellement devenu une partie de moi-même. (...) En gardant la même façon de vivre, sans l'alcool, je ne pouvais être que malheureux et retomber.. et retomber dans l'alcool. Et c'est ce qui se passait à chaque fois."

L'objectif thérapeutique de la "consommation contrôlée"

En dépit des conséquences importantes qui résultent de la modification de la conception de la dépendance, l'objectif thérapeutique de la consommation contrôlée n'est pas parvenu à s'imposer dans les pays germanophones. Le problème principal réside ici dans le fait qu'il est encore impossible de formuler un pronostic pour des personnes dont on sait, dans le cadre d'études catamnestiques, qu'elles pratiquent une consommation contrôlée. Il n'est en effet pas possible de déterminer de manière précoce s'il existe une indication permettant de recommander la consommation contrôlée comme objectif thérapeutique pour des patients présentant des symptômes évidents d'alcoolodépendance. Des recherches plus approfondies devraient cependant être entreprises dans ce domaine, surtout en ce qui concerne les personnes dont la consommation est excessive mais qui ne présentent pas les symptômes d'une dépendance physique ou psychologique. Il faudrait également faire des efforts accrus pour aborder suffisamment tôt les personnes dont la consommation est problématique, notamment en mettant mieux à profit le système de santé primaire (médecins établis en cabinet privé).

Incidences sur la recherche catamnestique

La définition classique adoptée par les groupes d'entraide et de nombreux programmes spécialisés est fondée sur le principe que toute consommation de substance psychoactive intervenant après une période d'abstinence totale doit être considérée comme une rechute et comme un échec du traitement. Durant de nombreuses années, cette façon de voir a prévalu non seulement dans la recherche sur le traitement et la pratique quotidienne de l'aide aux patients dépendants, mais encore dans les études catamnestiques - dont l'ampleur était encore, il est vrai, relativement réduite. Les études catamnestiques insistent en effet avant tout sur le pourcentage des patients traités avec succès (c'est-à-dire devenus durablement abstinentes), les autres cas étant considérés globalement comme des échecs.

Grâce à l'amélioration constante des

méthodes utilisées dans les recherches catamnestiques et aux études multicentriques menées dans ce domaine (cf. par exemple Kufner & Feuerlein 1989; Polich, Armor & Braiker 1981), on a constaté que la classification dichotomique usuellement pratiquée sur la base d'observations empiriques n'était plus défendable. En effet, environ 5 à 10% des patients ne pouvaient pas être classés dans l'une ou l'autre des catégories traditionnelles. C'est donc moins suite à des réflexions portant sur la notion de consommation contrôlée en tant que telle que pour des raisons essentiellement pratiques que l'on a introduit dans toutes les études des catégories supplémentaires, telles que: "abstinent après rechute", "amélioré" ou "consommation socialement acceptée". Ces nouvelles catégories permettent d'éclaircir quelque peu la zone d'ombre située entre les patients dont le traitement avait été couronné de succès et ceux dont les efforts s'étaient soldés par un échec.

Les résultats empiriques ont alors incité les spécialistes à se préoccuper plus sérieusement de la récolte des données catamnestiques. Dans la mesure où l'on définit la consommation contrôlée comme un objectif thérapeutique, il est en effet indispensable également de déterminer des critères permettant de définir la consommation comme "contrôlée" ou "incontrôlée". Même dans le cas d'une thérapie visant à l'abstinence, la détermination plus précise du nouveau mode de consommation et de son évolution est intéressante, par exemple lorsqu'il s'agit d'analyser les effets d'un programme de prévention des rechutes ou de mesures visant à gérer les rechutes survenues.

Le problème de la mesure des quantités d'alcool consommées

L'analyse plus précise du comportement de consommation se heurte à deux problèmes: d'une part, un problème de mesure lié à la détermination de la quantité consommée et du mode de consommation et d'autre part, un problème de distinction entre "consommation contrôlée" (réussite) et "consommation non contrôlée" (échec).

Les premières tentatives visant à saisir les comportements de consommation se basaient sur le calcul de la consommation quotidienne ou hebdomadaire d'al-

cool pur. Or, cela pose un premier problème: celui de la mesure précise de la quantité consommée, en se basant par exemple sur la quantité moyenne consommée par jour (indice fréquence-quantité) ou par semaine (cf. notamment Alanko 1984; Midanik 1994). La seconde difficulté est la suivante: même si la quantité moyenne consommée par semaine ne devrait pas, à première vue, avoir des conséquences néfastes pour la santé, elle peut néanmoins avoir d'autres effets problématiques. Une consommation de 20 à 40 g d'alcool pur par jour ne pose ainsi généralement aucun problème (Edwards et al. 1994) dans la mesure où elle est répartie de manière égale sur tous les jours de la semaine. Mais si cette même quantité est consommée en une ou deux fois, cela comporte un risque élevé pour l'individu lui-même, voire pour des tiers en cas d'accidents du travail ou de la route. Il convient donc d'enregistrer non seulement la quantité consommée, mais encore le mode de consommation. Il faut néanmoins savoir que cela implique une augmentation sensible du coût des études catamnestiques et la mise en oeuvre d'instruments très différenciés (cf. par exemple Pfister & Wittchen 1995; Wittchen et al. 1995a, 1995b, 1995c).

Le problème de la classification

Même lorsque l'on est parvenu à établir de manière relativement précise la quantité d'alcool consommée et le mode de consommation - ce qui est certainement problématique dans des études catamnestiques portant sur plusieurs années -, on se trouve confronté à d'autres difficultés encore. Il est ainsi nécessaire de définir un critère permettant de faire la distinction entre consommation contrôlée et non contrôlée, afin de pouvoir tout à la fois évaluer le taux de réussite des traitements et améliorer certaines mesures thérapeutiques. Cette exigence, qui peut sembler assez simple au premier abord, est en réalité très difficile à respecter dans la pratique. Körkel (1988) a décrit et commenté les différents modèles permettant de définir des valeurs limites pertinentes (pour un résumé, cf. Bühlinger 1996).

• Valeurs limites médicales

Ce modèle ne prend peut-être pas assez en considération certains modes de consommation problématiques et ne dis-

tingue pas les quantités maximales admissibles en fonction de l'état de santé de chaque patient. De plus, une alcoolodépendance ne se caractérise pas uniquement par la quantité d'alcool consommée, mais aussi par des phénomènes physiques et psychiques tels que les symptômes de manque et la tolérance.

• *Mode de consommation avant le début du traitement*

Ce critère pose problème, parce que la moindre amélioration intervenue par rapport au mode de consommation antérieur conduit à exclure la notion de rechute, même si la consommation en tant que telle reste sinon addictive, du moins problématique.

• *Normes sociales*

Ce modèle est critiquable, car même si la consommation d'alcool ne transgresse pas les normes sociales en vigueur, elle peut néanmoins comporter des risques objectifs considérables.

• *Critères individuels*

Ce modèle a l'avantage de permettre de formuler des objectifs thérapeutiques concernant l'usage d'alcool en fonction

de la situation et des problèmes propres à chaque patient. Au premier abord, cette orientation paraît très séduisante, mais elle n'a fait l'objet que de rares études scientifiques en raison de la difficulté à mettre en place des comparaisons de groupes dans le cadre de recherches sur les interventions.

Pour les recherches qui seront entreprises dans ce domaine à l'avenir, un modèle de classification complexe est proposé, comportant cinq critères et tenant compte des éléments suivant:

- quantité moyenne consommée par jour
- quantité maximale consommée par situation et par jour de consommation
- adaptation de la quantité consommée à la situation sociale
- évitement de la consommation à fonction problématique
- stabilité du mode de consommation.

Remarques conclusives

Les critères évoqués permettront peut-être de mieux appréhender la consommation contrôlée. Mais on s'aperçoit également qu'ils sont très exigeants et qu'ils

nécessitent des moyens importants dans le cadre d'études catamnétiques. De plus, on se rend compte de la complexité des programmes de prévention des rechutes et des programmes destinés à promouvoir une consommation contrôlée.

Le traitement des sujets alcoolodépendants et la recherche catamnétique dans ce domaine étaient initialement fondés sur une classification dichotomique entre "réussite du traitement" et "échec du traitement". Certains développements théoriques et des résultats empiriques ont conduit à une lecture plus différenciée des conduites de consommation et à postuler l'existence d'un continuum allant d'un "comportement non problématique" à un "comportement dangereux". En théorie comme en pratique, une question demeure cependant: s'agit-il véritablement d'un continuum ou n'existe-t-il pas tout de même un ou plusieurs points de rupture ("cut-off") qui permettraient de distinguer les sujets dépendants des buveurs problématiques, les buveurs pratiquant une consommation contrôlée de ceux dont la consommation ne l'est pas? De nouvelles recherches devront s'attacher à répondre à cette question.

publicité

2 institutions pour en sortir !

ALCOOLISME

L'Estérelle à Vevey
au 021/921 84 83

L'Arcadie à Yverdon
au 024/426 11 15

MIX & REMIX

L'expérience d'un réseau multidisciplinaire

Bertrand Yersin, Médecin adjoint, Privat Docent, Unité Multidisciplinaire
d'Alcoologie, CHUV - Lausanne

La coordination des réseaux de prise en charge et de soutien des personnes alcooliques en est encore à ses balbutiements; des modèles d'intervention trop différenciés empêchent une réelle collaboration. A Lausanne, l'UMA développe un modèle multidisciplinaire prometteur.

Introduction

Le traitement des patients dépendants de l'alcool requiert l'intervention de thérapeutes spécialisés mais également, souvent, d'intervenants non spécialisés, tels que les médecins praticiens, les équipes soignantes hospitalières, les services sociaux ou encore les psychiatres. La multidisciplinarité implique de manière permanente la communication entre ces différents intervenants et leur capacité à dépasser les frontières de leur savoir et de leur champ d'action respectif. Le réseau multidisciplinaire thérapeutique est donc au départ un défi de communication de professionnels d'horizons différents. Le réseau thérapeutique multidisciplinaire est-il une utopie? Est-il au contraire une contrainte nécessaire qui permet d'envisager un meilleur suivi et un meilleur pronostic pour les patients entrant en traitement, mais également un plus haut degré de satisfaction pour les intervenants, qu'ils soient spécialisés ou non? L'exposé qui suit est une tentative de réponse à ces questions, en abordant tout d'abord les effets bénéfiques attendus du travail en multidisciplinarité, puis en identifiant les limites actuelles d'un tel modèle. La description du modèle de l'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) à Lausanne servira de support à la discussion.

Attentes des modèles multidisciplinaires

L'étude catamnestique rapportée par Maffli, Wacker et Mathey (Maffli et al.,

1995) décrit le devenir des patients alcoolico-dépendants traités dans différentes institutions résidentielles de Suisse alémanique. Alors même que cet excellent travail donne de nouvelles informations, jusqu'à présent manquantes en Suisse, sur le pronostic des patients alcooliques, un certain nombre de questions se posent quant au processus thérapeutique dont ont bénéficié tous ces patients. Que ce soit pendant la phase résidentielle ou au cours du follow-up, quels traitements ont été appliqués, dans quels buts, et quel degré de coordination a existé entre les multiples intervenants concernés au cours des processus de changement espérés chez ces patients?

Outre la probable hétérogénéité des traitements reçus (incluant les interventions de soutien social et d'aide financière), peut-on imaginer que tous les intervenants concernés ont eu de manière naturelle une capacité de communication interdisciplinaire, une volonté de coopérer, et des concepts thérapeutiques similaires? Ceci n'est certainement pas le cas. Si l'on schématise l'histoire habituelle d'un patient alcoolique dans le système de soins (figure 1), celle-ci se caractérise par la "consommation" intermittente ou simultanée de services ou d'aide dont les objectifs sont souvent différents voire opposés, aboutissant à des rôles mal définis des partenaires du réseau, des conflits possibles, une dispersion des ressources, et finalement une facilitation des rechutes.

Si l'on isole une telle histoire à un moment particulier, par exemple celui d'une hospitalisation consécutive à une complication de la maladie alcoolique,

on peut imaginer que ce moment soit un moment privilégié pour l'élaboration d'un projet thérapeutique et que cette "entrée en traitement" soit une phase essentielle pour l'identification des objectifs thérapeutiques, des besoins du patient, ainsi que des ressources néces-

saies pour conduire le traitement et le soutien requis par les objectifs thérapeutiques. Pour permettre l'identification de ces trois composantes, objectifs thérapeutiques, besoins et ressources, seule la réunion des différents intervenants ayant à assumer la suite du traitement et du soutien permet dès lors de communiquer, de définir et de partager les objectifs, de définir et d'identifier les rôles complémentaires, d'élaborer les phases de la réhabilitation, ainsi qu'une évaluation commune et programmée du suivi du patient (figure 2).

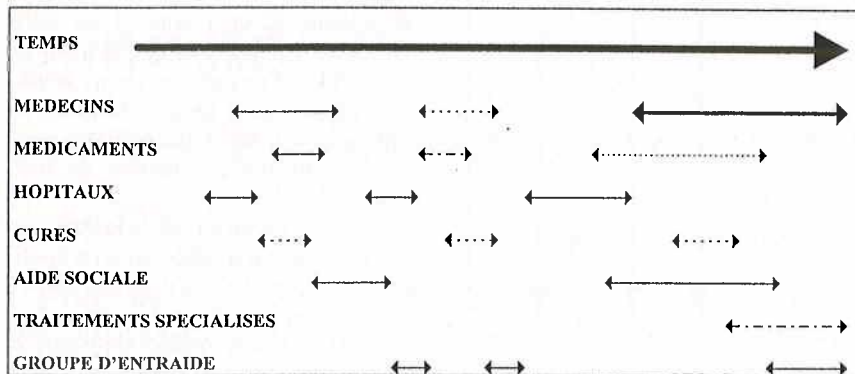


Figure 1: Trajectoire usuelle "anarchique" d'un patient alcoolique dans le réseau de traitement et d'aide

saies pour conduire le traitement et le soutien requis par les objectifs thérapeutiques.

Pour permettre l'identification de ces trois composantes, objectifs thérapeutiques, besoins et ressources, seule la réunion des différents intervenants ayant à assumer la suite du traitement et du soutien permet dès lors de communiquer, de définir et de partager les objectifs, de définir et d'identifier les rôles complémentaires, d'élaborer les phases de la réhabilitation, ainsi qu'une évaluation commune et programmée du suivi du patient (figure 2).

Un réseau

C'est sur ce modèle que fonctionne l'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) à Lausanne, dont les buts ne sont pas d'offrir une institution de plus assurant le suivi de patients alcooliques, mais plutôt de réaliser un lieu de rencontre multidisciplinaire capable d'effectuer le bilan médical et psychosocial des patients et dès lors d'élaborer de manière multidisciplinaire un projet de soins comportant des objectifs, des phases, et des ressources complémentaires à mettre en oeuvre. Il s'agit donc d'une unité où se rencontrent les médecins praticiens, les travailleurs sociaux spécialisés ou non, les médecins hospitaliers (quand le patient est à l'hôpital), les institutions spécialisées, ainsi que les psychiatres concernés. Il réunit les compétences de médecins internistes et psy-

chiatres des institutions universitaires, les travailleurs sociaux spécialisés de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, le médecin chef de la Clinique du Vallon, le chef de l'Office cantonal antialcoolique, ainsi que l'aide méthodologique à l'évaluation d'un épidémiologue de

l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Sur le plan pratique, la démarche se traduit:

1. par l'acceptation des patients (hospitalisés ou ambulatoires) d'accepter une évaluation,
2. par l'évaluation multiaxiale pratiquée par un médecin généraliste en formation, consistant en la collection des données médicales et psychosociales pertinentes de la part du patient, de ses proches, de son médecin traitant, et des traitements antérieurs,
3. par la réunion des différents intervenants concernés par la prise en charge du patient, à savoir son médecin traitant, son éventuel psychiatre traitant, les partenaires des institutions spécialisées ambulatoires ou résidentielles, ainsi que les membres permanents de l'unité assurant la cohérence et l'organisation du modèle,
4. par la transmission de ce projet thérapeutique au patient, en présence de son médecin traitant, processus qui donne donc à ce dernier non seulement les informations pertinentes sur le réseau, mais également les moyens d'assurer un rôle essentiel dans le maintien d'un projet multidisciplinaire dont il représente souvent le pivot. Un descriptif détaillé du modèle de l'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie de Lausanne a été écrit en 1992 (Besson et Yersin, 1992). Outre ces objectifs de mise en traitement dans un projet de coordination d'un réseau multidisciplinaire, l'UMA a pour but également d'améliorer la compétence des médecins en formation dans le travail

multidisciplinaire, et également de conduire des recherches cliniques dans le champ de l'alcoologie (instruments de dépistage, prévention secondaire, méthodologie des essais cliniques et du suivi des patients alcooliques, analyse coût - efficacité, etc.). Il faut mentionner cependant qu'il s'agit actuellement d'une unité de petite dimension dont l'existence à titre de projet pilote en évaluation a été possible grâce à l'aide de l'Office fédéral de la santé publique, du Service des Hospices cantonaux vaudois, ainsi que du Service de la santé publique du Canton de Vaud.

En résumé, les attentes du travail multidisciplinaire en réseau dans la prise en charge du patient alcoolique consistent surtout à espérer la communication des différents intervenants, et dès lors leur capacité à identifier un projet thérapeutique, d'établir celui-ci en commun et dès lors de coopérer à la réalisation de ses objectifs, d'assumer des rôles complémentaires et d'éviter de communiquer au patient des messages contradictoires susceptibles de favoriser les rechutes. En d'autres termes, si l'un des défis de l'alcoologie moderne est de réussir à réaliser le "patient-treatment matching", le défi des soins multidisciplinaires en réseau est de réaliser le "patient-treatment matching".

Limites du modèle multidisciplinaire

Un certain nombre de difficultés peuvent être identifiées dans la mise en place de réseaux multidisciplinaires efficaces dans la prise en charge des patients dépendants de l'alcool. Outre les difficultés inhérentes à la communication, déjà précédemment évoquées, un certain nombre de difficultés spécifiques aux différents intervenants doivent être soulignées.

Sur le plan médical, les médecins praticiens, qu'ils soient généralistes, internistes ou psychiatres, sont de manière générale dans notre pays insuffisamment formés à la prise en charge des pathologies de la dépendance, en particulier l'alcoolisme. Les programmes de formation pré- et post-graduée sont actuellement insuffisants (référence). Lié à leur méconnaissance de ces problèmes, un manque d'intérêt évident les caractérise, complété par des attitudes pessimistes quant au devenir des patients, et au bien-fondé d'interventions souvent lourdes. Leur disponibilité en temps est réduite,

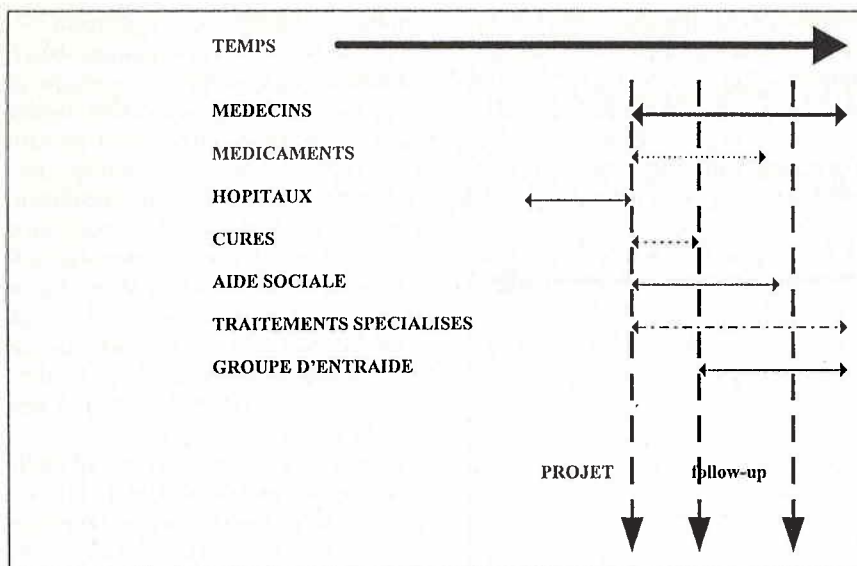


Figure 2: Organisation d'un projet multidisciplinaire et coordonné de traitement et d'aide, complété par un projet de suivi ("follow-up") multidisciplinaire

compliquant le travail multidisciplinaire, où, souvent, la réunion physique des personnes est nécessaire. En dernier lieu, on observe souvent dans le travail des médecins des objectifs thérapeutiques erronés, comme par exemple le traitement prioritaire des états dépressifs fréquemment associés à la dépendance alcoolique. Pour pallier à ces difficultés, seule une formation clinique post-graduée améliorée, une meilleure qualité de la recherche clinique, ainsi que des évaluations rigoureuses des modèles de prise en charge démontrant l'efficacité des interventions permettent d'espérer une modification des compétences et de l'attitude des médecins praticiens.

Sur le plan hospitalier, de nombreuses études ont démontré la capacité insuffisante des médecins à identifier un alcoolisme, à pratiquer une évaluation des besoins, et à organiser les soins post-hospitaliers pour le patient. Gaudin et al. (Gaudin et al., 1992) ont démontré que seuls 25 % des patients alcooliques sortant d'hôpitaux universitaires en Suisse bénéficiaient d'un projet de traitement accepté. Le manque d'intérêt des médecins, le manque de formation post-graduée, ainsi que les connaissances erronées sur le devenir des patients alcooliques sont à l'origine de ces manques. Quelques processus de changement sont actuellement en cours dans les facultés de médecine en Suisse et dans les hôpitaux universitaires, où par exemple, la création de départements de médecine communautaire pourrait donner une chance à l'alcoologie de figurer parmi les branches enseignées, et dès

lors de lui attribuer des ressources d'enseignement et de recherche.

La mise sur pied d'unités telle que l'UMA représente sur ce plan une amélioration appréciable de cette situation; elle est considérée comme une aide bénéfique à la formation et la prise en charge des patients par les médecins hospitaliers et praticiens (Boitel et al, 1996).

Dans le domaine des services et institutions spécialisées dans la prise en charge des patients dépendants de l'alcool, il est également évident dans notre pays que ces institutions fonctionnent souvent dans un modèle de cloisonnement par rapport aux autres intervenants du réseau de soins et que toute velléité de coopération est souvent remise en question. De même, la communication naturelle entre médecins et non médecins est souvent considérée comme difficile. Cependant, la diminution des ressources budgétaires au bénéfice des institutions impose dès lors une répartition coordonnée des moyens basée entre autres sur l'efficacité démontrée des institutions, et leur capacité d'être un partenaire du système de soins. Des procédures pertinentes d'évaluation des programmes de traitement doivent donc être mises sur pied, qui permettront d'allouer les ressources publiques en fonction de critères d'efficacité et de coût mais également de capacité à adhérer à des projets multidisciplinaires et multi-institutionnels.

En dernier lieu, sur le plan des pouvoirs publics, notre pays fédéraliste manque cruellement d'une politique générale en matière de lutte contre l'alcoolisme et de recommandations quant à l'organisation

des soins pour les patients alcooliques. Ces choix politiques sont malheureusement difficiles dans un domaine où l'on souffre d'une absence de connaissances sur le rapport coût - efficacité des programmes de traitement et de soutien des patients alcooliques et où l'on ne dispose d'aucune information sur l'évaluation des traitements en réseau. Il est donc extrêmement urgent que des méthodologies valides d'évaluation soient identifiées, permettant à terme aux pouvoirs publics de se doter d'une politique définie et évaluable en matière de lutte contre l'alcool.

On voit bien à la lecture de la longue liste des difficultés du travail en réseau multidisciplinaire qu'il s'agit d'un défi lourd à assumer. Cependant, comme dit précédemment, le réseau multidisciplinaire et d'ores est déjà une réalité, souvent imparfaite, qu'il y a lieu non seulement d'améliorer, mais également d'évaluer. Une telle évaluation est-elle cependant possible? Un des buts de l'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie à Lausanne est justement de tenter l'évaluation du modèle de mise en traitement multidisciplinaire, dont nous espérons qu'il démontre de manière nette un gain d'efficacité substantiel dans le devenir des patients alcooliques, mais également dans leur manière de solliciter et de consommer des soins.

Références :

- * Besson J., Masson D., Yersin B., 1991 : Une expérience de consultation multidisciplinaire "alcool" à Lausanne. Psychologie médicale 674 - 678.
- *Boitel S., Decrey H., Lambert H., Schnyder C., Yersin B. 1996 : Avis et attitude de médecins en formation et de praticiens lors de la mise en place d'une Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie. Arch. suisses Neurol. Psychiat. (sous presse).
- *Gaudin C., Niquille M., Burnand B., Yersin B. 1992 : Identification de l'alcoolisme et propositions thérapeutiques : une étude en hôpital général. Schweiz. med. Wschr 1159 - 67.
- *Maffli E., Wacker H.-R., Mathey M.-Cl., 1995 : 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. ISPA - SFA. Lausanne

Nous nous engageons pour la jeunesse et nous aidons les toxicomanes. Pour cette raison nous nous engageons pour une politique de drogue réaliste et objective des 4 piliers.

Pour la prévention

qui informe objectivement sur les risques liés aux dépendances de drogues, qui vise à renforcer la personnalité et à améliorer les conditions d'existence de nos enfants et de nos jeunes.

Pour la thérapie

qui permet à un maximum de toxicomanes de s'en sortir. Pour aider les toxicomanes, nous avons besoin de thérapies visant l'abstinence mais également des programmes de prescriptions médicales.

Pour l'aide à la survie

qui prévient le risque d'infections du Sida par la distribution de seringues et qui permet un accès facilité aux services aide tel que logements d'urgence, cuisines de rue et lieux d'accueil évitant aux toxicomanes la dégradation de leur état de santé.

Pour la répression

qui met l'accent sur la lutte contre le trafic des drogues, qui réprime sévèrement le crime organisé et qui empêche des scènes ouvertes de la drogue.

NON

à l'initiative trompeuse de «Jeunesse sans drogue».

La Communauté nationale de Travail «Politique de la drogue»

AGZ (Aerztegesellschaft des Kantons Zürich), **ASI** (Association suisse des infirmières et infirmiers), **ASS** (Aide suisse contre le SIDA), **ARUD** (Association pour une réduction des risques liés à l'usage de drogues), **ASID** (Associazione per lo studio e l'informazione sulle dipendenze), **ASPAS** (Association suisse des professionnels de l'action sociale), **CSAJ** (Conseil suisse des Activités de Jeunesse), **FAPERT** (Fédération des associations de parents d'élèves de Suisse romande et du tessin), **FMH** (Fédération des médecins suisses), **FSEP** (Fédération Suisse des Ecoles de Parents), **GREAT** (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies), **IES** (Institut d'éthique sociale de la Fédération des Eglises protestantes de la Suisse), **ISPA** (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies), Fondation suisse **pro jeunesse**, **S & E** (Schule und Elternhaus Schweiz), **SSPS** (Société suisse pour la politique de la santé), **SSSP** (Société suisse de santé publique), **SSP** (Société Suisse de pharmacie), **VEV-DAJ** (Verband der Elternvereinigungen Drogenabhängiger Jugendlicher), **VSD** (Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz), **ZüPP** (Kantonverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen).

Le modèle des 4 piliers de la politique drogue de la Confédération

Philippe Lehmann, Office fédéral de la santé publique, chef de la section interventions drogue, Berne

Politique en matière de drogue

Le Conseil fédéral se fonde pour sa politique en matière de drogue sur quatre éléments, ou quatre piliers, qui sont:

- la prévention,
- la thérapie et la réinsertion,
- la réduction des risques et l'aide à la survie,
- la répression et le contrôle.

Ces quatre piliers sont complémentaires et forment un ensemble efficace.

La politique des quatre piliers vise à réduire les problèmes liés à la drogue.

Si une société exempte de drogue est souhaitable, elle est toutefois irréalisable.

La politique du Conseil fédéral en matière de drogue vise avant tout à réduire le nombre de nouveaux consommateurs de drogue, à augmenter celui des toxicomanes qui arrivent à se sortir de la drogue, à limiter autant que faire se peut les risques pour les consommateurs de drogue et à protéger l'ensemble de la population contre les conséquences négatives de la consommation de drogue.

Le modèle des quatre piliers s'impose toujours plus. Les cantons, les communes et les villes se fondent aussi sur ce modèle dans leur travail en rapport avec les toxicomanies.

Appliqué depuis 1990, le modèle des quatre piliers a été défini comme tel en 1994.

La prévention

Prévention signifie (ré)agir avant. La prévention ne signifie pas seulement informer et empêcher les circonstances favorisant la toxicomanie. Elle signifie de plus en plus augmenter les facteurs de protection, c'est-à-dire renforcer les res-

sources personnelles des enfants, des adolescents et des adultes (connaître, vouloir, pouvoir).

Il ne suffit pas d'informer sur les substances dangereuses et interdites.

Il faut renforcer la personnalité, procurer un mode de vie sain et créer les conditions qui le permettent.

Il s'agit en outre de reconnaître et de soutenir à temps les groupes à risques, par exemple les jeunes menacés par la drogue.

La prévention se fait à long terme et a lieu surtout dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents, c'est-à-dire au sein de la famille, de l'école, au travail et pendant les loisirs. Ainsi, la plupart du temps, la prévention n'est pas spectaculaire. Plus elle est intégrée dans le quotidien, plus elle est efficace.

Les enfants et les adolescents doivent avoir la possibilité de vivre une vie exempte de consommation de drogues nuisibles à la santé.

On doit reconnaître très tôt si des enfants et des adolescents sont menacés et prendre des mesures appropriées pour empêcher le dérapage vers une toxicomanie.

Le montant dépensé annuellement en Suisse pour la prévention des toxicomanies s'élève entre 30 et 35 millions de francs.

La thérapie

Il existe diverses thérapies pour les toxicomanes, comme c'est le cas pour d'autres types de dépendances.

Le traitement doit mettre le patient sur la voie de quitter la dépendance et lui permettre de recouvrer peu à peu sa santé.

Lorsque le patient n'a pas la force nécessaire pour se guérir par lui-même, qu'il ne peut plus recouvrer complètement sa santé, le traite-

ment visera essentiellement à lutter contre les effets de la maladie qui mettent en danger sa vie ou lui causent des dommages.

Des offres de thérapie flexibles doivent faciliter au toxicomane l'entrée dans le traitement.

Pendant la phase de désaccoutumance, la psychothérapie revêt une importance particulière. La plupart du temps, un programme de réhabilitation de plusieurs années est en outre nécessaire pour que les anciens toxicomanes soient de nouveau pleinement aptes à travailler et puissent se réintégrer dans la société.

Les personnes pour lesquelles l'abstinence immédiate et directe n'est pas possible ont elles aussi droit au traitement.

Le montant dépensé annuellement en Suisse pour la thérapie dans le domaine de la drogue est de 220 à 260 millions de francs par année.

La réduction des risques et l'aide à la survie

La réduction des risques et l'aide à la survie concernent les personnes qui consomment actuellement des drogues. Il s'agit d'assister ces personnes pendant la phase de dépendance, de les suivre et de les soutenir, afin de leur permettre de traverser cette phase à haut risque dans un état de santé aussi bon que possible et la meilleure intégration sociale possible, et d'augmenter ainsi leurs chances de se sortir de la drogue par la suite.

Des études scientifiques ont montré que la phase de consommation de drogues dure 10 ans en moyenne et que la plupart des toxicomanes réussissent à vaincre leur dépendance.

Nous appelons réduction des risques essentiellement les offres "à bas seuil", c'est-à-dire proches de la scène. L'accès à ces offres est simple, conforme à la culture des

toxicomanes, l'abstinence n'est pas posée comme condition, aucune enquête administrative n'est effectuée et cette offre est à bas prix ou gratuite.

Cette offre comprend:

a) La remise de seringues

La remise de seringues permet d'empêcher la propagation de maladies infectieuses telles que le sida et les hépatites.

b) Des lieux d'accueil et des salles d'injection

Dans ces services d'accueil pour les toxicomanes, les conditions d'hygiène sont meilleures que dans la rue. Le risque d'infections au VIH et aux hépatites est moindre. En outre, ils permettent le dialogue avec le personnel d'accueil, lui donnant ainsi la possibilité d'effectuer un travail de motivation.

Les institutions d'aide à la réduction des risques ont également une utilité sur le plan de l'ordre public, les toxicomanes étant moins souvent dans la rue.

c) Des possibilités en matière de logement et de travail pour les toxicomanes

De telles institutions atténuent le risque pour les toxicomanes de tomber dans la misère et leur permettent de préparer leur réintégration sociale.

On dépense, par année, pour la réduction des risques et l'aide à la survie de 120 à 200 millions de francs (provenant en majeure partie des villes et des communes).

La répression

La base légale de la répression en matière de drogue est la loi sur les stupéfiants, qui interdit la fabrication, le commerce, la consommation et l'importation de stupéfiants et prévoit des sanctions en cas d'infraction.

Avec la répression, il s'agit d'atteindre les buts suivants:

- réduire l'offre de drogues;
- réduire le nombre de nouveaux consommateurs;
- punir les délits liés à la drogue.

Cependant, les interdictions et les sanctions à elles seules ne suffisent pas à résoudre les problèmes liés à la drogue.

Les données statistiques prouvent que l'importation, le commerce et la consommation de drogue en Suisse n'ont pas diminué malgré d'importantes mesures de répression.

Une étude du sociologue bernois Josef Estermann a montré que la répression policière ne permet guère d'empêcher quelqu'un de commencer à consommer de la drogue ni ne favorise la sortie des toxicomanes de la drogue.

En moyenne, les coûts de la répression en matière de drogue sont de 500 millions de francs par année. 63% vont aux services de police des cantons et des communes.

Cette répartition résulte de la loi sur les stupéfiants qui confère un champ de responsabilité très important aux cantons dans la politique en matière de drogue et donc aussi dans la répression.

Le traitement des toxicomanes, elle prévoit exclusivement des offres axées sur l'abstinence. Les auteurs de l'initiative refusent toute mesure de réduction des risques et d'aide à la survie (distribution de seringues, locaux d'injection, possibilités de logement et de travail) pour les consommateurs de drogue qui ne sont pas encore en état d'opter pour l'abstinence.

L'acceptation de cette initiative empêcherait la prescription de méthadone comme thérapie de substitution de longue durée ainsi que la prescription de stupéfiants aux personnes gravement dépendantes.

L'initiative populaire, soutenue principalement par les milieux bourgeois de droite, est opposée à la politique actuelle du Conseil fédéral en matière de drogue fondée sur les quatre piliers que sont la

Texte de l'initiative

La Constitution fédérale est complétée comme il suit :

Art. 68bis (nouveau)

1. En matière de lutte contre la toxicomanie, la Confédération mène une politique stricte, visant directement à l'abstinence.
2. Elle prend, par voie législative, toutes mesures propres à restreindre la demande de stupéfiants et le nombre de consommateurs, à soigner la toxicodépendance, à réduire les dommages sociaux et économiques dus à la consommation de stupéfiants et à combattre effectivement tout trafic illicite.
3. Pour protéger la jeunesse de la toxicomanie, la Confédération s'oppose à toute consommation de stupéfiants et mène une politique de prévention active qui renforce la personnalité de l'individu.
4. La Confédération encourage et soutient l'application des mesures propres à assurer le sevrage physique, la désintoxication durable et la réinsertion sociale des toxicomanes.
5. La distribution de stupéfiants est interdite. Sont réservées les applications strictement médicales, à l'exclusion de l'utilisation d'héroïne, d'opium à fumer, de cocaïne, de cannabis, d'hallucinogènes et de substances analogues.

Initiative populaire "Jeunesse sans drogue"

L'initiative populaire "Jeunesse sans drogue" préconise une politique restrictive en matière de drogue, axée sur l'abstinence. Elle se fonde sur les deux piliers traditionnels que sont la prévention et la répression et, en ce qui concerne le

prévention, la thérapie, la réduction des risques et l'aide à la survie, et la répression.

Lancée le 15 décembre 1992, l'initiative populaire a été présentée à la Chancellerie fédérale, assortie de 140'949 signatures, le 22 juillet 1993.

Le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et le Conseil national recommandent de rejeter l'initiative.

MANIFESTATIONS

Perfectionnement professionnel ARIA/GREAT

Animation et gestion des groupes institutionnels

J. Henriod, A. Matthey
Lundi 8 septembre de 9h à 17h.
29 sept. - 27 oct. - 10 nov. - 24 nov. -
15 déc. de 14h à 17h

Modèle d'introduction à l'interven- tion dans le domaine des dépendances

Jeudi et vendredi 11 et 12 septembre
de 9h à 17h

Marketing social, relations publiques, communication

Albert-Luc Haering
Jeudi et vendredi 25-26 septembre
de 9h à 17h

L'entretien motivationnel

Dr C. Davidson
Jeudi 9 octobre de 14h à 19h

La prévention de la rechute

F. Bourrit
Jeudi 23 octobre de 14h à 19h

Relation d'aide et conduite d'entretiens

J. Zufferey, A. Matthey, F. Neu
Jeudi 6 et vendredi 7 novembre
de 9h à 17h

Addictions, exclusion et intégration sociale

Jeudi 20 novembre de 9h à 17h

Renseignements et inscription:

GREAT/ARIA, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains,
024/426 34 34

Journées de sensibilisation ISPA 1997

Alcoolisme et toxicomanie:

Connaissances de base

Les drogues et leur histoire; le concept
d'abus et de dépendance; les facteurs de
risques relatifs aux produits ou aux
consommateurs; les objectifs des inter-
ventions préventives et thérapeutiques.
vendredi 12 septembre

Santé, bien-être, plaisir et comporte- ments auto-dommageables

Quels sont les discours sociaux sur le
corps et la santé et quelles sont les
images qui nous sont renvoyées sur les
comportements de dépendances.
vendredi 10 octobre

Et si on parlait de drogues...

Discussions, échanges entre jeunes et
avec des personnes concernées; informa-
tions; examen des motivations, situa-
tions, conditions du bien-être et de la
santé.
mercredi 29 octobre

Les conditions de vie (chômage, exclusion, pauvreté) poussent-elles à la consommation de drogues?

Analyse des conditions de vie; l'émer-
gence de nouveaux problèmes sociaux a-
t-elle une influence sur des consumma-
tions abusives de toxiques.
vendredi 14 novembre

Culture jeunes, rave, techno party et ecstasy

Réfléchir ensemble sur ces nouvelles
formes d'expression culturelle des
jeunes, sur les produits consommés, don-
nées épidémiologiques.
vendredi 12 décembre

Renseignement et inscription:

ISPA, Département prévention, Danielle
Ayer,
Case postale 870, 1001 Lausanne,
021/ 321 29 85
ou pour obtenir le programme complet
des journées 1997-1998.

3rd European methadone and other substitution treatments conference together with

Regional meeting of Central and Eastern european countries on treat- ment programmes

with emphasis on
**Outreach and open community
approach**

17 - 20 september 1997
Congress centre "Cankarjev dom"
Ljubljana, Slovenia

Inscription :

Dr Andrej Kastelic, psychiatric Clinic
Ljubljana
Department for Mental Health,
Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana, Slovenia
tél. +386 61 142 13 50, 140 20 30
fax +386 61 140 21 58
E-mail: andrej.kastelic@guest.arnes.si
Internet:
<http://www.sigov.si/MZ/inddrog2.htm>
ou
<http://www.cc.si/congress/addiction>

Pré-annonce

3ème Conférence européenne des intervenants en toxicomanie

Bologne, Rastignano, 5-6-7 février 1998
"Usages de drogues et crise des socié-
tés européennes: réinventer la qualité
des interventions"

BREVES

le 13 novembre 1997: journée de solidarité avec les personnes dépendantes de l'alcool

Toutes les institutions oeuvrant dans le domaine de la prévention et du traitement des problèmes liés à l'alcool sont invitées à se mobiliser autour de cette première journée de solidarité.

L'objectif est de sensibiliser le grand public aux problèmes que vivent les personnes dépendantes de l'alcool, tout en renforçant la solidarité avec elles. Dans un pays où 90 % de la population

consomme de l'alcool, nous devons nous sentir co-responsables à l'égard des personnes qui en souffrent. Nous voulons aussi faire passer le message que l'alcoolisme est une maladie sociale qui pourrait toucher n'importe qui.

Un événement d'envergure nationale servira de déclencheur à cette journée: un clip réalisé en réalité virtuelle va être présenté sur écran géant dans le hall de la gare de Zurich. Il se conclut sur une énorme pyramide de 300'000 verres, symbolisant l'ampleur du problème en Suisse. Par ailleurs, des verres à pied (avec un slogan) seront vendus à cette occasion par tous les partenaires, partout

en Suisse. Une sorte de clin d'oeil, pour oser affirmer que l'on peut trinquer aussi avec une boisson sans alcool, même dans un verre à pied!

Dans les régions, tout organisme, association, institution active dans ce domaine est invitée à relayer à sa manière cette action, à son niveau, avec ses moyens. Les 3 conférences de presse simultanées, à Berne, Lausanne et Lugano, le 11 novembre, présenteront à la fois le concept de cette journée et les actions développées.

Cette journée est organisée par le GREAT, a+s et la STCA, avec la collaboration active de l'ISPA.

publicité

d é p e n d a n c e s

La revue "Dépendances" s'adresse à toute personne intéressée au champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention, de réduction des risques.

Abonnement: 45 frs par an

Déjà paru:

- numéro 0 Ecstasy: phénomène de mode ou danger pour la jeunesse? (épuisé)
- numéro 1 Méthadone: entre analyses et expériences.
- numéro 2: Le devenir des patients alcooliques

A paraître:

- Numéro 3: Dépendances: entre neurobiologie, sémantique et psychologie

A consommer sans modération!

Exemplaire gratuit sur demande à "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Editée par:



Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

La politique des drogues: enjeux démocratiques

Lundi 25 août, de 9h à 17h
Salle Paderewski, Casino de Montbenon

9h **Ouverture du séminaire:**
Richard Kolzer, président du GREAT

De l'exclusion à la solidarité
Ruth Luthi, Conseillère d'Etat, Fribourg

9h15 **Les toxicomanies: une réalité mouvante**
Jean-Dominique Michel, socio-anthropologue

9h30 **La politique des quatre piliers**
Philippe Lehmann,
chef de la section intervention drogue
de l'Office fédéral de la Santé publique

9h45 **Prévention: développer ses ressources**
Anne-Catherine Menétrey,
collaboratrice à l'Institut suisse de
prévention de l'alcoolisme et autres
toxicomanies, ISPA
2 exemples de prévention
Egographie, Daniel Cardonier,
Ligue valaisanne contre les toxicomanies, LVT
Prévention «ecstasy», Francis Charmillot,
Ligue jurassienne contre les toxicomanies, LJT

10h30 Pause

11h **Aide à la survie: rester en contact à tout prix**
Annie Mino, médecin Chef de la Division
d'abus de substances, HUG, Genève
2 exemples d'aide à la survie
Fleur de pavé, Geneviève Ziegler, Présidente
Pastorale de rue, Lausanne, Jan de Haas, Pasteur

20h30 Débat

"Pour ou contre «Jeunesse sans drogue»
Avec: Ruth Dreifuss, Claude Frey, Philippe Biéler,
Jacqueline Maurer, Emmanuella Blaser (à confirmer)
Modération: Michel Zendali

11h 40 **Traitements: des moyens diversifiés pour s'en sortir**

Patrick Giquel, directeur du "Toulourenc", Genève
Présentation de deux institutions
Centre résidentiel à moyen terme, CRMT, Genève,
François Hollinger, éducateur
Communauté thérapeutique, "Les Vacheries
du Fuet", Le Fuet, Elisabeth Vogel, directrice

12h 30 Repas

14h 15 **Répression: ne pas se tromper d'ennemi**
Marc Ziegler, procureur du canton de Zurich
2 exemples de collaboration répression/prévention
Plages-santé, Martin Geiser, conseiller pour la
prévention, Centre Plus de Bienne
Le rôle de la police, Claude Schranz, chef de la
brigade des mineurs de la police de Lausanne

15h Pause

15h15 **La drogue ou les drogues? Une politique cohérente**

Table ronde avec:
Jacques Besson, directeur du Centre St. Martin,
Lausanne, Patrick Giquel, Hans-Ulrich German,
Dr en théologie, Institut d'éthique sociale de la
Fédération des Églises protestantes, Anne-
Catherine Menétrey; Annie Mino; Marc Ziegler
Animation: Jean-Charles Simon, Conseiller national

16h 45 **Quel avenir pour les personnes dépendantes?**

Jean-Luc Baierlé, médecin cantonal, Delémont

Prix: Fr. 100.- avec repas de midi, une boisson comprise
Renseignements/inscriptions:

Communauté nationale de travail «Politique de la drogue»
c/o GREAT, Case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains
Tél. 024 4263434, Fax 024 4263435

Organisation: Communauté nationale de travail «Politique de la drogue» et OSEO, Travail et logement