

d é p e n d a n c e s

Avril 07 • no 31

1 Editorial

Jean-Félix Savary

2 Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée

Harald Klingemann, Harold Rosenberg

6 La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool

Anais Albrecht, Jean-Bernard Daeppen

10 Alcochoix, un programme pour consommateurs à problèmes

Dominique Conant

14 Evaluation des programmes de consommation contrôlée

Pascal Gache

18 L'addiction: une maladie de l'apprentissage de la mémoire

Bénédicte Balland, Christian Lüscher

20 Consommation contrôlée de tabac: peut-on la recommander?

Jacques Cornuz, Jean-Pierre Zellweger

24 PS: «Nous ne fumons pas aux Hôpitaux universitaires de Genève» Sondage d'opinion

Florence Burri, Patricia Borrero, Sarah Kupferschmid, Jean-Paul Humair

27 Apprendre les uns des autres: rétrospective

La consommation contrôlée d'alcool: enjeux et perspectives

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



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

Editorial

Adresse des éditeurs

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

Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, GREAT, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs :

Corine Kibora-Follonier, ISPA
Jean-Félix Savary, GREAT

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Cédric Fazan,
directeur A.C.T., Vevey
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
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 mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

Poser la question du boire contrôlé n'a jamais été une chose simple. Longtemps en effet, l'abstinence a été vue comme la meilleure voie pour le rétablissement des personnes dépendantes de l'alcool. Si ce jugement de portée générale reste vrai aujourd'hui, depuis quelques décennies, des éléments étayés par la recherche nous montrent que, dans certaines situations, des résultats peuvent être obtenus avec une approche différente, qui donne une place au produit dans un cadre contrôlé. Dès lors, le danger serait de renverser la vision et de remettre en cause l'abstinence, sous l'influence d'une nouvelle mode.

Il serait bien sûr faux d'opposer consommation contrôlée et abstinence. Il s'agit de perspectives qui ne s'adressent pas aux mêmes personnes, ni aux mêmes situations. Ainsi, de même que les programmes thérapeutiques avec prescription d'héroïne viennent compléter et non pas contredire la ligne générale à visée d'abstinence, l'intégration de la notion de consommation contrôlée dans le réseau alcool ne doit pas se faire au détriment du travail effectué par les institutions et groupes d'entraide qui travaillent avant tout avec l'abstinence.

Le réseau professionnel a un rôle important à jouer dans l'explicitation de ces notions. La compréhension fine de l'utilité respective des différentes formes de soutien thérapeutique doit nous permettre de clarifier le message à l'intention de la société, pour éviter toute forme de confusions

ou d'amalgames. Ceci n'est assurément pas une chose facile, mais ce n'est que dans un cadre dépassionné et pragmatique que nous pourrons le faire.

L'utilisation de ce concept sur le terrain et l'apparition dans le réseau romand de services «labellisés» consommation contrôlée nous poussent à faire ce travail de clarification et de communication. Ainsi, les personnes concernées pourront y trouver leur compte grâce à un message cohérent et clair qui les guide à travers une offre diversifiée et adaptée à leurs besoins.

Le 18 janvier à Lausanne a eu lieu une journée organisée par la plate-forme romande Alcool du GREAT. Le climat d'ouverture et les nombreux orateurs suisses et internationaux ont contribué à faire fructifier le débat, qui se poursuit d'ailleurs actuellement par la mise en place d'une offre de formation et d'un programme visant à adapter les modèles existants à la réalité romande. Ce numéro reprend sous forme d'articles les principales interventions de cette journée en ouvrant également une fenêtre sur le tabac, où cette notion n'a pour l'instant que peu fait son chemin. En complément, il propose également cinq articles issus des journées «Apprendre les uns des autres», organisée par l'OFSP les 27 et 28 septembre 2006, afin de diffuser plus largement les réflexions sur l'interface entre recherche et pratique.

Jean-Félix Savary, GREAT

1) Les présentations sont disponibles sur le site du GREAT (<http://www.addictions.ch>)

Harald
Klingemann,
Université de
Zurich,
Substance Use
Disorders Unit
(SUS), Suisse
Harold
Rosenberg,
Bowling Green
State University,
Ohio, Etats-
Unis

Les résultats de la première enquête sur le taux d'acceptance de la consommation contrôlée d'alcool comme objectif final de traitement auprès des centres de traitement en Suisse révèle que l'acceptance est plutôt élevée, surtout en Suisse alémanique et dans les centres de traitement ambulatoires, et reflète une tendance générale à opter pour des traitements orientés vers le patient. (réd.)

Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée

Les études menées en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie ont montré que l'acceptation et la mise en œuvre de la consommation contrôlée (CC) comme option et modalité de traitement varient selon les pays, les caractéristiques propres au patient (p. ex. la gravité de sa dépendance) et le cadre du traitement (p. ex. résidentiel ou ambulatoire). Par exemple, l'abstinence est apparemment l'objectif final prédominant prescrit pour les patients alcoolodépendants, ainsi que pour ceux ayant une consommation abusive d'alcool, par les programmes américains de traitement de l'alcoolisme. Les caractéristiques du patient, tels que la gravité de ses antécédents de consommation, les traitements antérieurs, les comportements délictueux, le choix de l'objectif par le patient, la stabilité ainsi que les relations sociales, ont été classées parmi les facteurs importants lors de la détermination de l'objectif, conformément aux résultats des études sur les facteurs pré-

dictifs (Rosenberg, 1993).

Les enquêtes menées auprès des responsables et conseillers canadiens en traitement de l'alcoolisme ont révélé qu'une plus grande partie d'entre eux approuve des objectifs de non abstinence par rapport aux professionnels interrogés aux Etats-Unis. Semblablement aux résultats d'autres enquêtes, les taux d'acceptation varient selon le genre d'institution, puisque les programmes plus sévères (p. ex. programmes de traitements résidentiels, services résidentiels communautaires, centres de réhabilitation) rejettent plus fréquemment que les services ambulatoires la consommation contrôlée comme objectif final. A l'inverse des Etats-Unis et du Canada, des enquêtes nationales concernant les services australiens et certains services de l'Europe occidentale ont révélé une acceptation et une application très répandue de la consommation contrôlée comme objectif final pour les buveurs à problèmes. Deux études publiées en 1997 montrent que la consommation contrôlée est largement acceptée en

Australie. Les résultats d'une enquête menée par Donovan et Heather (1997) dans les services de traitement de l'alcoolisme en Nouvelle Galles du Sud ont montré que 72% des professionnels interrogés acceptent la consommation contrôlée et la considèrent comme un objectif approprié pour une petite proportion de leurs patients. Semblablement aux résultats d'enquêtes dans d'autres pays, le taux d'acceptation varie considérablement en fonction du genre de service. La consommation contrôlée est considérée comme appropriée pour les patients jeunes et faiblement dépendants ayant choisi cet objectif final, et comme inappropriée pour les patients dont le problème lié à l'alcool est plus grave ou dure depuis plus longtemps, ainsi que pour ceux qui ont des antécédents de tentatives ratées visant à modérer leur consommation, ou encore ceux qui ont opté pour l'abstinence.

Trois études dans des centres britanniques de traitement de l'alcoolisme menées ces trente dernières années ont montré qu'environ trois quarts

des services d'abus de substances considèrent la consommation contrôlée comme un objectif acceptable (Robertson et Heather, 1982; Rosenberg, Melville, Levell et Hodge, 1992; Rosenberg et Melville, 2005). L'acceptation répandue de la CC dans cette étude récente correspond aux résultats des deux études précédentes (Robertson et Heather, 1982; Rosenberg et al., 1992), et en précise le travail, en montrant que l'acceptation de la CC varie en fonction de la gravité du problème du patient et du caractère irrévocable de l'objectif final personnel, et que la CC chez les buveurs à problèmes est plus acceptable qu'un usage contrôlé ou limité de drogues illicites comme objectif final chez les patients toxicomanes.

Les études menées dans des pays non-anglophones incluent le rapport de Duckert (1989) sur son enquête dans les centres norvégiens de traitement de l'alcoolisme, qui montre que 90% des professionnels interrogés disent permettre aux patients ambulatoires de choisir entre l'abstinence et la consommation modérée, et que 59% disent accorder un choix en terme d'objectif final aux patients résidentiels. Aucune évaluation de l'acceptation de la consommation contrôlée dans les programmes allemands de traitement n'a été publiée, toutefois, Koerke (2002) signale que son «Programme de traitement de groupe de patients ambulatoires pour une consommation contrôlée» a provoqué une résistance de la part d'organisations d'entraide visant l'abstinence. Cependant, il a également remarqué que certains thérapeutes professionnels, les médias, et environ un tiers des patients de programmes de réhabilitation acceptaient et étaient intéressés par la consommation contrôlée.

Le résultat de ces études révèle l'existence d'un encouragement significatif aux patients avec des problèmes d'alcool à choisir la consommation contrôlée comme objectif final, même si l'acceptation est plus limitée dans les infrastructures résidentielles que dans les services ambulatoires ou mixtes, et également plus restreinte aux Etats-Unis que dans d'autres pays an-

glophones. Sans surprise, l'acceptation de la consommation contrôlée varie également en fonction du degré de dépendance du patient et du caractère intermédiaire ou final de la non-abstinence comme objectif personnel.

Alors que la réduction des risques gagne un soutien grandissant (MacCoun, 1998), et alors que les recherches démontrant l'efficacité des traitements par la consommation contrôlée se multiplient (Walters, 2000), un nombre croissant de centres de traitement pourraient vouloir encourager leurs patients à modérer leur consommation. C'est pourquoi une évaluation répétée de l'acceptation de la consommation contrôlée dans d'autres pays, ainsi que des caractéristiques des patients, des centres et des personnes interrogées participant à cette démarche, sera en mesure d'indiquer l'impact sur la pratique clinique des avantages de la réduction des risques ainsi que des recherches démontrant la prévalence de la CC.

La situation en Suisse

Malgré la volonté des autorités et cliniciens suisses d'expérimenter des interventions de réduction des risques, tel le traitement de substitution chez les patients héroïnomanes (p. ex. Rehm et al., 2001), il n'y a pas eu, à l'échelle nationale, d'évaluation de l'acceptation de la CC pour le nombre beaucoup plus élevé de patients des centres de traitement qui abusent de l'alcool ou qui sont alcoolodépendants. Pourtant, cela pourrait constituer un complément intéressant à une récente analyse des préférences des patients en matière d'objectifs finaux conduite par Maffli, Kuntsche et Delgrande (2003), qui a relevé que moins de la moitié (45%) de près des 15'000 patients enregistrés dans le réseau de monitoring suisse act-info entre 1995 et 2001 désiraient être abstinents à vie, alors que 19% voulaient arriver à une consommation contrôlée et que 22% voulaient être abstinents provisoirement, en attendant de recommencer à boire (les 14%

restants n'étant pas décidés ou ne désirant pas modifier leur consommation). C'est pourquoi, en nous basant sur de précédentes enquêtes nationales d'autres pays, nous avons utilisé un questionnaire par courriel destiné à tous les centres de traitement d'alcoolologie en Suisse, afin d'évaluer l'acceptation de la CC, le rapport entre l'acceptation et les caractéristiques des patients et des centres (y compris la région linguistique et le type d'institution), ainsi que l'importance des critères de diagnostic et les aspects du processus de choix de l'objectif.

La méthode

Les répondants potentiels ont été choisis dans le répertoire national en ligne des institutions de traitement des dépendances «Drogindex» (www.drogindex.ch) publié par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et la base de données des institutions résidentielles de la Centrale nationale de coordination des addictions (www.infodrog.ch). Après cinq mois de collecte de données, au cours desquels des rappels ont été envoyés à ceux qui n'avaient pas répondu afin d'encourager une large participation, nous avons reçu les réponses de 138 institutions sur 226 (soit un taux de réponse de 61%).

Afin de faciliter la comparaison avec les études déjà publiées sur la consommation contrôlée, le questionnaire utilisé pour cette enquête était basé sur ceux de Rosenberg et Davis, 1994, (Alcohol Treatment Practices Questionnaire), celui de Rosenberg & Melville, 2005, (Alcohol et Drug Treatment Practices Questionnaire) et celui de Donovan et Heather, 1997, (Alcohol Treatment Questionnaire).

Pour mesurer les spécificités des institutions, on demandait aux répondants de prendre en compte les attitudes de l'équipe thérapeutique de l'institution en répondant aux questions. Le questionnaire comprenait des questions en rapport avec la définition et l'acceptation de divers types de traitements, les services offerts par les institutions ainsi que leurs spécificités, l'acceptation, la disponibilité, la mise en pra-

tique de la CC, et la personne qui remplissait ce questionnaire. Sur les 138 questionnaires reçus, 109 (79%) avaient été remplis par le directeur du programme ou par le médecin-chef; en ce qui concerne les 21% restants, cette tâche avait été déléguée à un membre qualifié du personnel (p. ex. le psychologue ou un travailleur social). 32 répondants (23%) avaient rempli le questionnaire en consultant le personnel de l'institution, et 55 (40%) disaient avoir consulté des documents et des statistiques en remplissant le questionnaire.

Discussion

L'enquête nationale sur la mise à disposition de traitements des dépendances à la fois ambulatoires et résidentiels que nous présentons ici fournit pour la première fois des données explicites concernant l'acceptation en Suisse de la consommation contrôlée comme objectif dans le large cadre des traitements offerts. Il en ressort que l'acceptation de la CC comme objectif thérapeutique est très répandue (entre 67% et 93%), mais comporte toutefois quelques différences entre les deux régions linguistiques et les deux sortes de centres de traitement, la région alémanique ainsi que les centres ambulatoires étant les plus ouverts à la CC. L'analyse des conditions de l'acceptation de la CC chez les directeurs de programmes montre que la CC, en tant qu'objectif transitoire ou final, est plus facilement acceptée lorsque le patient présente des signes d'abus d'alcool que lorsqu'il est alcoolodépendant. Ces résultats ressemblent à ceux qu'ont obtenus les enquêtes concernant les prestataires de soins en Grande-Bretagne, en Australie et en Norvège (Dawe et Richmond, 1997; Duckert, 1989; Rosenberg et Melville, 2005), qui étaient généralement plus ouverts à la CC que leurs homologues nord-américains (Rosenberg et Davis, 1994; Rosenberg et al., 1996). L'acceptation assez élevée de la CC par les directeurs d'établissements de soins contraste avec l'adoption toujours plutôt limitée de la CC en pra-

tique dans les établissements suisses. Quelle barrière peut bien empêcher la Suisse de mettre en œuvre des programmes de CC, alors que ce pays a élaboré des stratégies novatrices en matière de gestion des dommages psychosociaux et biomédicaux qui résultent de l'injection de drogues? Les réactions lors de la présentation avant publication de cette enquête laissent entendre qu'une combinaison de facteurs pourraient expliquer en partie l'opposition à la CC. Par exemple, certaines institutions considèrent les problèmes d'alcool comme secondaires par rapport à d'autres troubles psychiatriques, comme la dépression ou le stress, qui ne seraient pas améliorés en cas de modération de la consommation. Par ailleurs, dans certains cas, les proches et l'employeur des patients ayant des problèmes d'alcool n'approuvent pas la CC (Klingemann et Schatzmann, 2004), et pourraient rejeter l'objectif choisi par le patient, quand bien même une institution ou un thérapeute seraient ouverts à un tel objectif. Parmi les autres opposants potentiels, on retrouve notamment des médecins généralistes et les groupes des Alcooliques Anonymes (AA), qui prônent l'abstinence comme seul remède à l'alcoolisme.

Quelles que soient les causes d'une telle résistance visant à empêcher les patients de suivre un programme de consommation contrôlée et les centres de traitement de les proposer, que ce soit comme un moyen ou une fin en soi, l'acceptation répandue de la CC reflète une tendance générale à aller vers des traitements personnalisés et orientés vers le patient (Klingemann & Bergmark, 2006). Par exemple, 41% des répondants soulignaient que la volonté du patient de suivre une CC devait être respectée dans tous les cas, alors que 6% seulement d'entre eux affirmaient que la volonté du patient de modérer sa consommation devait être rejetée dans tous les cas. Nous ne voulons pas dire par là que l'entière responsabilité du choix repose sur le patient, mais nous recommandons, pour chaque cas, une procédure d'analyse consentie et avisée des chances de réussite de la CC, ain-

si que des risques et des avantages à la fois de la CC et de l'abstinence, et du choix des interventions menant à chacun de ces deux aboutissements.

Il existe plusieurs restrictions qui pourraient limiter les conclusions tirées de ces résultats. Tout d'abord, le but de l'enquête était d'évaluer les pratiques dans les centres de traitement et, bien que plusieurs répondants aient consulté leur personnel en complétant le questionnaire, ils peuvent avoir exprimé leur propre point de vue autant, si ce n'est plus, que celui de leurs collègues. Deuxièmement, malgré un taux de réponse très élevé (61%) pour un questionnaire par courriel de ce genre, une proportion importante d'institutions suisses n'est pas comprise dans nos résultats. Etant donné que les institutions qui n'ont pas répondu ont différentes politiques et recourent à diverses pratiques avec leurs patients, nos résultats sont susceptibles de sous-évaluer, ou de sur-évaluer l'acceptation de la consommation contrôlée. Nous sommes aussi conscients que le compte-rendu des pratiques peut refléter à la fois ce qui se passe vraiment dans une institution, mais aussi la manière dont la personne ayant répondu aimerait que son institution soit perçue. Malgré ces réserves, et étant donné la proportion d'institutions ayant répondu et la représentation des institutions ambulatoires et résidentielles à la fois en Suisse alémanique et en Suisse romande et italienne, nous pensons que ces résultats représentent l'état actuel de l'acceptation de la CC, des spécificités des patients propices à la recommandation de la CC, et de la disponibilité des thérapies existantes en matière d'aide à la modération de la consommation d'alcool.

Adresse mail de l'auteur:
Harald.Klingemann@bfh.ch

Les résultats détaillés de l'enquête et la bibliographie sont disponibles sur
www.sfa-isp.ch

CARREFOUR) (PREVENTION®

J'  sans fumée


CIPRET
PREVENTION TABAGISME
G E N E V E



fegpa
prévention alcoolisme



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch - www.prevention.ch

AVEC LE SOUTIEN DE:



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00

Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

Les mardis du CIPRET, de 12h30 à 14h: rendez-vous de parole et d'écoute sur la problématique tabagique.
Le 1^{er} mercredi de chaque mois de 17h à 19h: permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.
Les jeudis de 17h à 19h: Espace Goût+Double, animé par RIEN NE VA PLUS sur la problématique du jeu.
(sauf vacances scolaires)

La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool

Anais Albrecht, chef de clinique, psychiatrie, CTA, CHUV
Jean-Bernard Daepfen, médecin chef, médecine interne, CTA, CHUV, Lausanne

En s'appuyant sur des expériences cliniques, cet article démontre la pertinence d'inclure la consommation contrôlée, sous diverses formes, dans la palette des traitements proposés. Cela permet aux personnes dépendantes de formuler des objectifs en accord avec leurs ressources du moment. Le sentiment de maîtrise et d'autonomie est alors renforcé, tout comme la qualité du lien thérapeutique. (réd.)

tés sélectionnent les patients présentant les formes de dépendances les plus sévères. Par ailleurs, les études comparant consommation contrôlée et abstinence évaluent des patients avec des degrés variables de sévérité de dépendance et valorisent la consommation contrôlée comme un objectif thérapeutique atteignable, expliquant une perspective plus large des chercheurs sur la consommation contrôlée (4).

Nous souhaitons, par des exemples tirés de nos consultations, donner une illustration aussi nuancée que possible sur la question de la consommation contrôlée.

Le contrôle par l'anticipation

Le terme de *consommation contrôlée* a de nombreuses définitions selon les auteurs et les contextes. S'agit-il d'un contrôle par le patient lui-même ou par un tiers? D'un contrôle de la quantité d'alcool ingérée, de la fréquence des consommations, des contextes dans lesquels on s'autorise à boire, du type d'alcool? Cela pose aussi la question de la définition d'une consommation d'alcool «normale» que nos patients rêvent parfois d'atteindre. Ces termes font-ils référence à une quantité d'alcool au-delà de laquelle il serait dangereux d'aller, comme dans la notion de consommation à risque? Ou contiennent-ils surtout la notion de choix individuel, dans le sens de pouvoir s'arrêter quand on le désire, peu importe la quantité?

Dans les années 70, Marc et Linda Sobell comparent 20 patients alloués aléatoirement à un traitement cognitivo-comportemental visant une consommation contrôlée et 20 patients avec le même type de traitement mais visant une abstinence. Les résultats

publiés montrent que les patients attribués au groupe consommation contrôlée ont un meilleur niveau de fonctionnement que ceux attribués au groupe abstinence, avec 160 jours sur 183 de consommation inférieure à 4 verres par jour, contre 80 jours sur 183, respectivement (1). La publication de ces résultats provoque de fortes réactions dans les milieux alcoologiques et les Sobell sont accusés d'avoir falsifié leurs résultats (2). Après plusieurs années de procès et d'enquête approfondie, les résultats des Sobell sont à nouveau validés (3,5). Pourtant, ce conflit agite toujours les milieux spécialisés et il n'est pas rare d'entendre des soignants affirmer que la seule possibilité de s'en sortir pour un alcoolique est d'être abstinent. Comment expliquer ces avis tranchés opposant l'opinion de certains soignants avec les résultats d'études scientifiques rigoureuses? Ce paradoxe s'explique probablement par des perspectives différentes. La perception des soignants est souvent acquise par des années de travail dans des unités qui ont l'abstinence comme seul objectif thérapeutique. De plus, ces uni-

Il s'agit d'un homme qui débute une consommation d'alcool à l'adolescence. Peu à peu, il éprouve des difficultés à concilier sa vie professionnelle, sportive (athlétisme de haut niveau) et familiale, et consomme de plus en plus d'alcool pour lutter contre des troubles du sommeil. Il commence à considérer l'alcool comme un problème vers l'âge de 30 ans, lorsqu'il arrête le sport en raison de douleurs au genou. Il tente plusieurs fois de diminuer ou d'arrêter sa consommation, mais doit lutter contre des symptômes de sevrage importants. Vers 40 ans, il débute un suivi alcoologique spécialisé avec l'objectif d'une abstinence à long terme. Entre 1989 et 2007, il bénéficie de 39 sevrages en milieu hospitalier et de 5 séjours institutionnels. Les rechutes sont rapides et extrêmes, avec des symptômes de sevrage et une clochardisation à domicile déjà après 2 ou 3 jours de consommation.

Le travail alcoologique effectué durant 2006 permet au patient de faire le constat que sa prise en charge lors des rechutes est mauvaise. En général, il se rend spontanément à l'hôpital, y est mal



Photo Interfoto

La consommation contrôlée implique la notion de choix individuel

reçu car il se montre agité et fait des demandes apparemment farfelues, est finalement admis, reçoit des doses standard de benzodiazépines insuffisantes pour lui, doit être attaché ou fugue après quelques heures. Fort de ce constat, il décide de rédiger des directives anticipées sur les mesures à prendre en cas de rechute. Il y mentionne en particulier le fait que l'infirmière du CMS où il prend l'Antabus informe le reste du réseau de soins s'il ne se présente pas, il s'engage à se rendre au plus vite à l'hôpital pour un sevrage ou sinon à être hospitalisé d'office, et il demande des doses suffisantes de benzodiazépines et surtout de pouvoir déambuler dans l'hôpital ce qui lui permet de diminuer ses symptômes de manque.

Suite à l'instauration de ces directives, les rechutes sont moins longues et moins graves et les sevrages plus rapides. Il devient aussi possible pour le patient de maintenir le contact avec son thérapeute même pendant les rechutes.

Peut-on parler de consommation contrôlée dans ce cas? Dans le sens d'une consommation modérée, apparemment pas. En effet, après avoir fait plusieurs essais de modération, le patient acquiert la conviction que, pour lui, la seule solution est l'abstinence. Après dix-huit ans de suivi, le patient se sent plutôt fier de lui, il tient un compte précis des jours d'abstinence et se dit que, compte tenu de la gravité de sa dépendance, le bilan est plutôt positif. En 2006, il commence à prendre conscience de la nécessité d'intégrer les rechutes dans la prise en charge au

point d'en prévoir le déroulement «idéal» dans ses directives anticipées. Cela lui permet de moins fonctionner dans des comportements de type tout ou rien (abstinence versus consommation gravissime). Le patient peut ainsi retrouver un sentiment d'autonomie, même dans le contrôle extérieur qu'il demande lui-même.

Dans ce cas, la consommation contrôlée à proprement parler n'est pas possible. Le contrôle réside dans les moyens mis en œuvre pour indirectement diminuer la sévérité des rechutes.

La consommation contrôlée comme chemin vers l'abstinence

Il s'agit d'un patient qui consulte la première fois en 2005: il consomme une bouteille de vin et quelques bières chaque soir. Il mentionne que l'alcool le détend et l'aide à lutter contre son anxiété, mais que sa consommation perturbe sa vie de couple.

En juin 2005, il se fixe un objectif de consommation contrôlée: uniquement les soirs du week-end et pas plus de 4 verres par occasion. Il maintient son objectif pendant 2 mois, puis reprend progressivement sa consommation antérieure. Il décide alors d'être abstinent. Un mois plus tard, il boit quelques gorgées lors d'occasions sociales, ce qui l'inquiète car il doit lutter pour s'en tenir là.

Durant les mois suivants, il oscille entre des périodes de consommation contrôlée et de reprise de sa consommation de départ, prenant peu à peu conscience de

sa dépendance. Il prend la décision en octobre 2006 d'arrêter définitivement toute consommation, ce qui actuellement est un succès.

Dans cette situation clinique, le thérapeute a suivi le patient dans sa prise de conscience par étapes de la problématique de la dépendance. Cela a permis de renforcer le sentiment d'autonomie du patient qui ne s'est pas vu imposer une abstinence comme condition au traitement. Le patient fait l'expérience qu'il est capable de consommer comme il l'a décidé pendant plusieurs semaines, ce qui augmente son sentiment d'efficacité personnelle, puis il prend conscience qu'il souffre d'une véritable dépendance, ce qui le pousse finalement à prendre la décision d'être abstinent. L'attitude du thérapeute favorise, dans ce cas, une vraie alliance thérapeutique: le patient peut se confier de manière ouverte sans que la consommation ne devienne un sujet tabou.

La consommation contrôlée est possible

Cette patiente est établie en Suisse depuis 1962, après son mariage. Son mari est décédé fin 2004 suite à une tumeur cérébrale découverte en 1998. La patiente décrit une consommation à risque, avec du vin midi et soir, depuis le début des années 1990. Une dépendance apparaît en 1998 simultanément à la découverte de la maladie de son mari. Dès ce moment, elle boit une bouteille de vin à midi, puis des apéritifs dès 17 heures, puis à nouveau une bouteille de vin le soir. A la mort de son mari, en 2004, elle décrit une nouvelle augmentation de sa consommation d'alcool et se replie sur elle-même.

Elle est hospitalisée fin 2005, suite à une chute. En raison d'un état dépressif majeur, elle est hospitalisée deux semaines en milieu psychiatrique où elle effectue un sevrage. A la sortie, elle se dit prête à reconstruire sa vie et commence un suivi alcoologique ambulatoire. Après quelques semaines d'abstinence, elle si-

gnale avoir repris une consommation de 2 verres de vin chaque soir. Son moral s'améliore et elle prend de plus en plus soin d'elle-même. Presque deux ans plus tard, la patiente maintient toujours sa consommation de 2 verres de vin chaque soir.

Nous voyons, dans l'histoire de cette patiente, un exemple de réussite de consommation contrôlée. Elle parvient à garder la consommation qui est pour elle liée au plaisir, pour renoncer à la consommation morbide entraînant la dépression et les chutes. On peut imaginer ce qui se serait passé si le thérapeute s'était opposé à la consommation contrôlée. La patiente aurait peut-être essayé d'être abstinente, mais en ayant probablement plus de peine à retrouver sa joie de vivre. Elle aurait aussi pu persévérer dans son désir de consommation contrôlée, tout en se sentant coupable par rapport au thérapeute, ce qui aurait débouché soit sur une thérapie «pseudo» où la patiente dit ce qu'il faut pour satisfaire son interlocuteur, soit sur une rupture de traitement.

Contrôle de la fréquence

Ce patient de 41 ans a toujours travaillé dans la restauration et a ouvert son propre restaurant en 1993. Dans ce cadre, il développe une dépendance à l'alcool qui lui permet d'être assez en forme pour mettre de l'ambiance dans son restaurant. A jeun, il se sent trop angoissé pour parler à ses clients. Puis, en raison de conflits avec son équipe engendrant de plus en plus d'angoisses chez lui, les affaires se dégradent et il remet son restaurant en 2003. Il commence alors une cure en milieu institutionnel. Il maintient globalement une abstinence, mais fait plusieurs rechutes brèves qui entraînent une fin de séjour en mai 2004.

Actuellement, il souhaite contrôler sa consommation, car il garde un mauvais souvenir de l'abstinence en raison de ses angoisses. Il sait qu'il ne peut pas contrôler la quantité par occasion, donc il décide de limiter les occasions: il ne consomme jamais d'alcool chez lui, et ne sort pas plus que 4 fois par semaine. Les jours sans consommation, il gère les symptômes de sevrage par des benzodiazépines. Il se sait dans une situation fragile, mais n'imagine pas d'autre solution pour l'instant.

Ce patient, après une expérience douloureuse liée à l'abstinence et une rechute tout aussi douloureuse, décide de contrôler sa consommation par la fréquence des prises d'alcool. Cet objectif peut paraître dérisoire et il est difficile, en tant que thérapeute, de supporter qu'un patient s'alcoolise massivement quatre fois par semaine. Cependant, il parvient à atteindre son objectif, ce qui lui permet d'avoir un sentiment de contrôle sur sa situation, permettant par là même un travail thérapeutique plus en profondeur. Il peut ainsi élaborer au fil des semaines les avantages et les inconvénients de son mode de consommation. Il constate une légère amélioration de son image de lui-même, ses tests sanguins montrent une amélioration des tests du foie et il s'alimente mieux. Par contre, il souffre de s'isoler de plus en plus en dehors des périodes d'alcoolisation et il se demande si les sevrages répétés qu'il s'inflige ne le rendent pas encore plus anxieux. Peu à peu, il commence à envisager l'idée de refaire un autre séjour institutionnel, car l'abstinence qu'il expérimente trois jours par semaine lui paraît par moments moins pénible à supporter.

Conclusions

A la lumière des données scientifiques, de nos expériences cliniques et au-delà des controverses, il nous paraît im-

portant de pouvoir offrir au patient souffrant de dépendance à l'alcool un soutien spécifique, sans choisir à sa place l'une ou l'autre approche thérapeutique. Il est capital de connaître au niveau théorique ces différentes approches, qu'il s'agisse de l'abstinence ou de la consommation contrôlée, afin d'être en mesure d'accompagner le patient dans ses choix. Accepter, en tant que thérapeute, la consommation contrôlée comme un but thérapeutique parmi d'autres permet une approche par paliers respectant les stades de changements du patient. Cette approche s'adapte bien aux approches thérapeutiques qui bénéficient du meilleur niveau de preuve d'efficacité dans le traitement de la dépendance à l'alcool, à savoir les thérapies de type cognitivo-comportemental et l'entretien motivationnel.

Références

- 1) Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. Behavior Research and Therapy 1973, 11, 5..-618
- 2) Penderly MP, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. Science 1982, 217, 16..-175
- 3) Heather N, Robertson I. Controlled drinking.1983. New York : Methuen
- 4) Peele S. Through a Glass Darkly. Psychology Today 1983, 38-42
- 5) Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel- Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens, disponible sur le site de l'OFSP www.bag.admin.ch, avec traduction anglaise.

Adresses mail des auteurs:

Anais.Albrecht@chuv.ch
Jean-Bernard.Daepfen@chuv.ch



fordd

Fédération romande
des organismes de **formation**
dans le domaine des dépendances



Certificat interprofessionnel en addictions

15 ECTS

Objectifs

Construire une connaissance d'ensemble permettant aux participants de prendre en charge de manière intégrée des personnes présentant une problématique addictive. Un accent particulier est mis sur les dimensions interdisciplinaires et interprofessionnelles de l'apprentissage.

Contenu

Le cursus est constitué de 4 modules qui forment le certificat. Ils peuvent aussi être suivis indépendamment.

Mod. 1 - Dépendance et addiction:
substances et comportements

Mod. 2 - La personne, sa famille, son entourage et la société

Mod. 3 - Approches psycho-sociales et thérapeutiques

Mod. 4 - Analyse de pratiques

Modalités d'évaluation

Chaque module fera l'objet d'un travail personnel de validation (les critères précis seront présentés au début de chacun des modules). Le module d'analyse de pratiques aura valeur de validation transversale. Le mémoire n'est plus exigé.

Durée

Le cycle complet de formation dure 1 année (novembre 2007 - octobre 2008); il compte 25 jours d'enseignement et un travail personnel conséquent.

Titre obtenu

Certificate of Advanced Studies HES-SO en addictions (15 ECTS).

Participation

Chaque module est accessible indépendamment de l'inscription au certificat.

Public-cible

Tout-e professionnel-le exerçant une activité, à mi-temps au minimum, dans le champ des addictions et possédant une licence universitaire, un diplôme ESTS, Croix-Rouge, HES ou équivalent. Les candidat-e-s qui n'ont pas les titres requis peuvent déposer un dossier de démonstration de compétences. La Commission de Certification analyse ces dossiers et statue sur les demandes.

Renseignements et inscription sur www.fordd.ch

FORDD | Case postale 638 | 1401 Yverdon-les-Bains | Tél: 024 426 34 34 | Fax: 024 426 34 35 | igirod@great-aria.ch

Ce CAS est soumis aux Instances compétentes pour reconnaissance en tant que formation postgrade HES-SO.

Formation continue reconnue HES-SO

Dominique
Conant, délé-
gué à la pré-
vention de
l'alcoolisme,
CENEA,
Neuchâtel

Le programme Alcochoix qui vise la consommation contrôlée permet de toucher des consommateurs qui ne s'adressent pas au réseau alcoologique traditionnel. L'implantation récente d'Alcochoix dans le canton de Neuchâtel montre qu'il reste encore beaucoup à faire pour changer l'image de la prise en charge des problèmes d'alcool, associée dans le grand public à un objectif d'abstinence pour personnes gravement dépendantes. (réd.)

Alcochoix, un programme pour consommateurs à problèmes



Photo Interfoto

Alcochoix est un programme de prévention de la consommation problématique d'alcool. Il s'inscrit dans la tendance de plus en plus exprimée chez les professionnels de l'alcoologie à considérer la consommation contrôlée comme une réponse possible aux besoins de certaines personnes entretenant une relation problématique avec l'alcool et souhaitant adopter et maintenir une consommation modérée. Alors que la problématique alcool était envisagée dans un passé pas si lointain de manière dichotomique (alcoolo-dépendance ou pas),

on considère, maintenant, un continuum allant de l'abus épisodique à la dépendance sévère. Si l'on estime que les prises en charge classiques s'adressent essentiellement aux personnes dépendantes, on peut supposer qu'en Suisse les personnes qui consomment de façon problématique sont peu touchées par ces traitements; elles devraient donc pouvoir bénéficier de programmes plus spécifiques. Ainsi, le programme Alcochoix, ayant pour objectif la consommation contrôlée, représente une prise en charge alternative intéressante pour ce type de consommateurs à problème mais non alcoolo-dépendants.

Histoire en quelques dates

En 1993, le Capital Health Authority' Edmonton en Alberta et Alberta Addictions & Drug Abuse Commission AADAC recevait de Santé Canada le mandat de concevoir un programme de prévention de la consommation problématique d'alcool. Ce devait être un programme à court terme, simple à appliquer avec des résultats faciles à évaluer. C'est ainsi que «Drinking decisions» a été développé. Ce programme, francisé, a été implanté au Québec il y a une dizaine d'années sous le nom d'Alcochoix, puis dans le nord de la France par l'Institut

Pasteur dès 2004. Le Centre neuchâtelois d'alcoologie (CENEA) a introduit Alcochoix dans le canton de Neuchâtel en janvier 2007 après l'avoir adapté à la situation de la Suisse.

Qu'est-ce qu'Alcochoix?

Le programme Alcochoix souhaite redonner aux personnes la possibilité d'adopter et de maintenir une consommation contrôlée, c'est-à-dire pouvoir choisir où, quand, avec qui et quelle quantité d'alcool ils consomment.

Alcochoix est un programme de prévention secondaire qui utilise trois types d'interventions, le plus souvent combinées: l'intervention motivationnelle, la prévention de la rechute et l'entraînement à l'auto-contrôle comportemental.

L'intervention motivationnelle, au-delà des outils qu'elle propose, est un style d'interaction avec l'utilisateur qui adhère parfaitement à la philosophie du programme Alcochoix. Les conseillers adoptent une attitude empathique et de soutien qui favorisent les conditions du changement. Les usagers ne reçoivent plus passivement le traitement mais déterminent leurs objectifs en partenariat avec leur conseiller; ils sont partie prenante du processus.

La prévention de la rechute, habituellement utilisée dans un contexte de post-cure pour conserver une abstinence récemment acquise, peut être aussi appliquée au maintien d'une consommation modérée. Cependant, dans ce contexte, la définition d'objectif de consommation précis est primordiale afin de pouvoir déterminer les seuils de «dérapiage» et de rechute. Dans le programme Alcochoix, l'objectif fixé peut varier d'un usager à l'autre. Pour la plupart des usagers, l'objectif de consommation comprend trois principes: la définition d'une limite de consommation journalière, la définition d'une limite de consommation hebdomadaire et la détermination d'un nombre de jour(s) d'abstinence par semaine.

L'entraînement à l'auto-contrôle

comportemental, contrairement aux programmes qui visent l'abstinence, privilégie le choix de l'utilisateur, donc le primat de la demande personnelle (abstinence ou modération). Il comporte six éléments que l'on retrouve dans les six phases du programme Alcochoix: l'établissement d'un objectif de traitement spécifique, l'auto observation de la consommation ou des impulsions à consommer (repérage des principaux déclencheurs internes et externes et des «cercles vicieux»), les stratégies pour réduire ou éviter la consommation, l'auto renforcement, l'identification des situations à risque (repérage du modèle cognitif en chaîne: déclencheurs ==> croyance ==> attente ==> pensées automatiques ==> craving ==> croyance permissive ==> action ==> conséquences) et la mise en place de stratégies d'adaptation autres que la consommation (choix d'alternatives).

A qui s'adresse le programme?

Le programme est toujours proposé à la demande de la personne, ce doit être un acte volontaire. Alcochoix a été conçu pour des consommateurs excessifs inquiets de leur consommation et de ses conséquences. Dans les évaluations canadiennes, les raisons d'entrer dans le programme les plus souvent citées par les usagers sont les suivantes: ils commençaient à s'inquiéter pour leur santé, ils ne faisaient pas tout ce qu'ils auraient pu faire dans la vie, boire leur coûtait cher, ils avaient des disputes avec leur entourage, ils prenaient de mauvaises décisions, ils s'inquiétaient de l'exemple qu'il donnaient à leurs enfants ou à leurs petits-enfants, ils trouvaient qu'ils ne contrôlaient plus leur poids, ils avaient peur de devenir alcoolo-dépendants, ils manquaient d'énergie ou voulaient retrouver un contrôle sur leur vie...

Ce programme n'a pas été conçu pour les personnes dont la vie est très sérieusement perturbée par l'alcool, il ne convient donc ni aux personnes alcoolo-dépendantes, ni aux personnes prenant plus de 35 consommations

par semaine. De plus, il n'est pas recommandé aux femmes enceintes pour qui l'absence de consommation est préférable à une consommation même modérée.

Les objectifs du programme

L'objectif du programme est d'adopter et de maintenir une consommation modérée, c'est-à-dire pour Alcochoix: pas plus de 12 consommations par semaine pour les femmes, pas plus de 18 consommations par semaine pour les hommes; se limiter à 2 consommations par jour pour les femmes et à 3 consommations par jour pour les hommes et enfin prévoir 1 à 2 jour(s) d'abstinence par semaine.

Alcochoix en pratique

Avant de commencer, un entretien d'admissibilité est programmé qui peut se dérouler lors d'une rencontre avec le conseiller ou par entretien téléphonique d'une durée d'environ 40 minutes. Il permet de déterminer si le programme est adapté à l'utilisateur ou de l'orienter vers d'autres prises en charge s'il le souhaite.

Lors de son admission dans le programme, la personne est informée du déroulement du programme et invitée à choisir une des trois formules de participation à Alcochoix suivantes:

- 1) La formule autonome: suite à l'entretien d'admissibilité, l'utilisateur suit le programme seul avec l'aide du guide Alcochoix (cf. encadré). Il progresse à son rythme sur une période de six à huit semaines.
- 2) La formule guidée: en plus du guide, l'utilisateur rencontre son conseiller Alcochoix à deux ou trois reprises au cours du programme. Il dispose ainsi d'un appui pour le soutenir dans sa démarche.
- 3) La formule de groupe: l'utilisateur assiste à six rencontres de groupe de 90 minutes chacune. Un conseiller Alcochoix présente en détail le programme et les contenus du guide remis à chaque participant; chaque usager bénéficie de l'apport du

groupe (progrès effectués, stratégies mise en place, obstacles rencontrés, etc.).

Alcochoix est un programme d'intervention brève qui se déroule sur six semaines. Deux semaines pour se préparer: faire le bilan et planifier une stratégie. Deux semaines pour diminuer: fixer un objectif intermédiaire de diminution puis l'objectif final. Deux semaines pour atteindre le but: maîtriser sa consommation et garder le contrôle dans le temps.

1. Deux semaines pour se préparer

1ère semaine: faire le bilan

- Apprendre à mesurer ce que l'on boit.
- Noter toutes les consommations dans un «carnet de bord».
- Choisir quelqu'un à qui confier ses progrès.
- S'engager à suivre le programme.
- Connaître les effets de l'alcool sur la santé.

2ème semaine: planifier sa stratégie

- Etudier ses tendances à boire grâce au «carnet de bord».
- Mieux comprendre ses impulsions et les déclencheurs.
- Choisir les solutions qui conviennent à son comportement.
- Considérer la possibilité d'une semaine d'abstinence.

2. Deux semaines pour diminuer

3ème semaine: un premier objectif de diminution

- Continuer à faire le relevé de ses consommations.
- Se fixer un objectif pour la première phase de diminution.
- Apprendre des astuces pour mieux planifier les consommations.
- Elaborer des stratégies alternatives.

4ème semaine: un deuxième objectif de diminution

- Se fixer un nouvel objectif (se rapprocher de 12 consommations par semaine pour une femme et 18 pour un homme et 1 ou 2 jour(s) sans consommation par semaine).
- Analyser certaines impulsions que l'on peut éprouver.

- Réfléchir à l'influence de son environnement sur l'envie de boire.
- Se préparer à se faire plaisir autrement qu'en buvant.

3. Deux semaines pour atteindre le but

5ème semaine: contrôler sa consommation

- Mieux voir tout le chemin parcouru et mieux peser l'importance de cette étape.
- Planifier quand on va s'en tenir à 12 consommations par semaine (femme) ou 18 (homme).
- Se préparer à assumer la consommation contrôlée.

6ème semaine: garder le contrôle (buvreur «contrôlé»)

Cette phase permet de:

- se sentir bien, prendre conscience du changement de comportement face à la consommation de boissons alcoolisées;
- continuer à planifier sa consommation;
- participer, si on le désire, à une réunion de suivi;
- apprendre à ne pas rechuter ou à se remettre d'une rechute;
- savourer sa victoire.

Les six semaines du programme terminées, l'utilisateur est encouragé à planifier des périodes de vérifications. Durant les six mois qui suivent, il note ses consommations dans un carnet de bord, comme pendant le programme, une semaine par mois, pour s'assurer qu'elles n'augmentent pas sans qu'il le remarque. Plus tard, il lui est conseillé d'espacer les vérifications, une semaine tous les trois mois par exemple et de rester vigilant.

Caractéristiques des conseillers

Le succès d'Alcochoix est largement influencé par les capacités des conseillers et leur maîtrise du programme. Pour pouvoir pratiquer, ils doivent suivre une formation spécifique délivrée par des formateurs agréés. De plus, des caractéristiques complémentaires sont recommandées: avoir des croyances compatibles

avec les objectifs du programme (efficacité des interventions brèves et des objectifs de modération), des compétences thérapeutiques précises (être capable d'établir un lien thérapeutique, maîtriser les techniques d'entretien motivationnel, reconnaître un usager qui ne répond pas aux critères d'admissibilité, etc.) et maîtriser le domaine de l'alcoologie ainsi que la connaissance du réseau des services spécialisés.

Brefs résultats d'évaluation

L'évaluation prend en compte 108 usagers (27 fiches de recueil analysées à 12 mois). 60,2% sont des hommes, la moyenne d'âge générale est de 48,8 ans. 57,7% des usagers ont un niveau d'études supérieures, 34% un niveau secondaire et 8% un niveau primaire. A 12 mois, 48% des usagers satisfont au seuil de consommation hebdomadaire, 52% au seuil de consommation journalière et 54% ont au moins 2 jours sans consommation par semaine. Les participants ayant suivi correctement tout le programme ont vu leur consommation divisée par deux. Ils expriment un sentiment de mieux-être à 70,4%; ils l'attribuent pour 44,4% au fait de se sentir mieux face à eux-mêmes et à 22% au fait de se sentir en meilleure santé.

Quelques remarques sur l'implantation à Neuchâtel

Le programme Alcochoix a débuté à Neuchâtel le 15 janvier 2007, le manque de recul ne permet pas encore de fournir des résultats d'évaluation du programme, par contre des pistes se dessinent en terme de communication et il me paraît intéressant de faire part de quelques observations:

Le concept de consommation contrôlée est peu ou pas connu.

La consommation modérée et la consommation contrôlée sont des notions mal connues, elles doivent être expliquées, d'une part au public-cible qui assimilent toujours problème d'alcool et abstinence, et d'autre part, à certains professionnels de la santé ou

du social en contact avec les usagers potentiels du programme car ils sont des relais d'information indispensables.

Le programme Alcochoix doit être clairement différencié des programmes qui prônent l'abstinence.

Alcochoix est une nouvelle manière d'aborder les problèmes d'alcool. Pour rester dans «l'esprit Alcochoix», la communication doit s'ancrer résolument sur le principe de consommation contrôlée avec un discours évoquant la liberté de choix, la responsabilité personnelle, la qualité de vie, etc.

Un soin particulier doit être apporté à la promotion du programme et aux modes de recrutement des participants.

Faire connaître le programme à la population cible est le défi le plus complexe à relever. Les expériences québécoises montrent que le recrutement doit s'orienter dans deux directions: une importante promotion dans les médias locaux et un large repérage par l'intermédiaire des réseaux sociaux et médicaux. L'accès au service doit être facile, rapide et garantir la confidentialité (numéro de téléphone unique et gratuit ouvert pendant de larges plages horaires, répondants formés au programme Alcochoix, etc.). De plus, selon l'expérience française, il serait préférable d'associer Alcochoix à une institution ne participant pas au réseau alcoologique habituel, trop impliqué dans l'esprit du public dans le traitement de l'alcoolodépendance et son corollaire: l'abstinence. Par exemple, dans le nord de la France, les 108 premiers candidats avaient le choix de s'inscrire au programme par l'Institut Pasteur ou par les centres d'alcoologie, 92% des participants ont choisi de contacter l'Institut Pasteur.

Pour conclure

Alcochoix est un programme efficace, utilisé avec succès au Canada depuis près de quinze ans. Il est attractif, capable d'attirer entre autres des personnes qui, bien qu'elles soient en difficulté avec leur consommation d'alcool, ne fréquenteraient pas les

réseaux d'alcoologie classiques. En considérant la consommation contrôlée comme un choix possible pour les consommateurs problématiques et peut-être pour certaines formes d'alcoolodépendance, Alcochoix ouvre la voie à une nouvelle pratique dans la prise en charge des personnes rencontrant des difficultés avec leur consommation d'alcool. Ce programme met à disposition de la population une offre spécifique, non médicalisée, proposant une alternative à l'abstinence.

Note

1) Résultats de l'évaluation du programme sur 12 mois incluant 108 usagers et présentée au colloque de la SFA les 14 et 15 novembre 2004 à Paris Institut Pasteur de Lille - France

Adresse mail de l'auteur:
Dominique.Conant@ne.ch

Le guide Alcochoix

Le livret «Alcochoix +» est un nouveau guide. Cette version a été développée à partir des remarques des usagers et des conseillers Alcochoix. Le guide reprend les six phases du programme Alcochoix. Chaque étape est traitée sous forme d'informations, d'exercices à compléter, de pistes de réflexion et de nombreux exemples. Il permet à l'utilisateur de trouver jour après jour un ensemble d'informations facilitant ses choix et la détermination de son objectif final de consommation. De plus, de nombreuses stratégies sont proposées pour faciliter l'atteinte des objectifs.

Enfin, le guide contient quatre annexes et une bibliographie pour ceux qui souhaitent approfondir certains thèmes (par ex. le stress, la confiance en soi, la relaxation, etc.)

Publicité



Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

**Diplôme d'études postgrade
HES-SO en art-thérapie (EPG)**

Public cible : professionnels de la santé, du travail social, du monde des arts et de la thérapie.

Objectif : acquérir des compétences dans l'art d'accompagner des personnes et des groupes à travers la mobilisation de ressources créatives et expressives dans diverses pratiques artistiques en particulier les arts plastiques.

Durée : 104 jours sur 4 ans

Début : début septembre 2007

Validation : 60 crédits ECTS

Responsable

scientifique : Dea Evêquoz-Wälti

Délai d'inscription : fin mai 07



Descriptif détaillé sur demande au
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>

Evaluation des programmes de consommation contrôlée

Pascal Gache,
Unité
d'alcoologie,
Hôpitaux
Universitaires
de Genève

Si le concept d'alcoolisme-maladie a permis à de nombreux patients de se sentir moins coupables à l'égard de leurs comportements et par conséquent d'accepter de se soigner, son corollaire thérapeutique qui était l'abstinence stricte et définitive souffre lorsqu'on le confronte à l'évaluation scientifique. L'ensemble des évaluations confirme que le retour à la consommation contrôlée est possible pour certains patients alcoolodépendants, que ce retour est tributaire du degré de sévérité de la dépendance, de l'intensité de la perte de contrôle, du choix du patient, de sa conviction personnelle qu'il peut le faire et enfin de facteurs psycho-sociaux qui méritent d'être affinés.

Le débat de la consommation contrôlée dans l'alcoolodépendance n'est pas nouveau, il n'en reste pas moins un thème à fort potentiel émotionnel. D'où vient la dimension particulière de ce sujet et y a-t-il vraiment matière à déclencher de tels anathèmes à l'encontre des auteurs qui ont abordé la question sans tabou? Que reste-t-il aujourd'hui de cette controverse née au début des années 60? Les passions se sont-elles apaisées? Qu'avons-nous appris sur le plan scientifique qui puisse nous aider dans la prise en charge des patients alcoolodépendants? Dans cet article nous présenterons d'une part les résultats des différentes évaluations scientifiques s'intéressant à la possibilité de retrouver une consommation contrôlée chez des alcoolo-dépendants et d'autre part les enseignements pratiques nés de ces travaux.

Les études historiques

Ce que démontrent ces premières études, c'est la grande difficulté d'accepter des résultats scientifiques nouveaux lorsqu'ils ne sont pas liés à un paradigme scientifique existant et va-

lié (l'exemple de la découverte d'une bactérie responsable du développement de l'ulcère gastrique en est un exemple flagrant et récent). C'est Davies (1) qui le premier publia une série rétrospective de 93 patients alcoolodépendants traités dans son unité entre 1948 et 1955. Davies montra que pour 7 d'entre eux le retour à une consommation d'alcool «non dommageable» pour leur santé avait été possible sur des périodes s'échelonnant de 7 à 11 ans. L'histoire de ces 7 patients ne laisse aucun doute sur la réalité de leur alcoolodépendance. Le souci de Davies de s'assurer que les patients lui rapportaient la vérité a été constant, il n'a pas hésité à rencontrer les conjoints, la famille ou encore à se déplacer sur le lieu de travail de tous ces patients qui déclaraient contrôler leur consommation d'alcool. Davies aurait aimé publier ses résultats dans le prestigieux Lancet mais celui-ci refusa le manuscrit. Trois ans plus tard, Kendell (2) publia un article qui confirmait les données de Davies et arguait également que la possibilité du retour à la consommation contrôlée n'était pas liée au niveau de dépendance tel qu'on pouvait le mesurer à ce moment-là.

Quelques années plus tard, un couple

de psychologues, Linda et Mark Sobell, encore jeunes chercheurs, publièrent deux articles qui déclenchèrent une véritable «émeute» dans le monde de l'alcoologie américaine (3,4). Les Sobell conduisirent une étude dont ils publièrent les résultats en deux parties correspondant au suivi à un an et à deux ans. Scientifiques rigoureux, ils s'entourèrent de multiples précautions méthodologiques afin d'obtenir des résultats les plus robustes afin de se prémunir des critiques. Dans leur étude, le retour à la consommation contrôlée était un objectif thérapeutique clairement affiché. 70 patients ont été répartis en deux groupes de traitement selon les désirs des patients de vouloir être abstinentes ou de vouloir retrouver une consommation contrôlée. Après s'être volontairement déterminé, chaque patient était randomisé dans le groupe expérimental ou le groupe contrôle. Pour les 40 patients ayant choisi l'orientation «boire contrôlé», le groupe expérimental consistait en un traitement comportemental orienté vers le contrôle de la consommation d'alcool (TOCC) tandis que le groupe contrôle recevait un traitement alcoologique intrahospitalier orienté vers l'abstinence (TOA). A l'issue de la phase thérapeutique à



Photo Interfoto

La plupart des équipes restent très réservées au sujet de la consommation contrôlée

proprement parler, ces 40 patients étaient suivis régulièrement et des informations étaient collectées de leur part et de deux personnes de leur entourage. Les résultats ne manquèrent pas de surprendre: en effet dans le groupe TOCC, les patients fonctionnaient «bien» dans 70.5% des jours tandis qu'ils ne fonctionnaient bien que dans 35.2% des jours dans le groupe TOA. Ces résultats étaient confirmés voire amplifiés dans le suivi à deux ans (4). Un suivi à trois ans était conduit par un chercheur indépendant (5), ce suivi confirmait encore les résultats précédents.

A la même période, en 1976, un groupe de chercheurs, dénommés le Groupe Rand (6) avait publié une large étude dont les résultats venaient conforter les travaux de Davies et des Sobell. Ce groupe, financé par une agence gouvernementale américaine (NIAAA), reçut de très vives critiques à l'issue de la publication de ce rapport faisant état de travaux pourtant bien conduits. Les tenants de l'abstinence se sentant menacés déclenchèrent une bataille médiatique sans précédent. A même époque commença «l'affaire Sobell» qui dura une dizaine d'années et qui vit s'affronter les partisans du concept de l'alcoolisme-maladie attachés à l'abstinence comme seul moyen de se rétablir de l'alcoolisme et les tenants de l'alcoolisme comme défaut d'apprentissage corrigible par un traitement comportemental et partisans d'un possible re-

tour à la consommation contrôlée chez certains alcoolodépendants. Les Sobell furent traduits en justice pour fraude scientifique après qu'un article paru dans la prestigieuse revue Science laissait clairement entendre qu'ils avaient falsifiés leurs résultats (7). Plusieurs experts reprirent leurs travaux et après une longue bataille judiciaire, Linda et Mark Sobell furent lavés de tout soupçon de fraude et leurs résultats furent validés par de nombreux comités scientifiques indépendants (8).

Cette controverse aura en tous cas permis de mettre à jour et de clarifier un phénomène mal connu. Le retour à la consommation contrôlée chez certains alcoolodépendants est donc possible et ne se présente pas comme un phénomène strictement marginal. L'idée que ces patients capables de retrouver une consommation contrôlée ne sont pas des «vrais» alcoolodépendants est infirmée par une série d'études bien conduites. Même si cette consommation contrôlée peut advenir chez des patients sévèrement dépendants, les études confirment que plus la sévérité de la dépendance est élevée, plus la probabilité de retour à la consommation contrôlée est faible (9).

Consommation contrôlée ou consommation sans dommages

Les traitements qui proposent la consommation contrôlée ont permis

d'affiner les concepts de consommations occasionnelles, de consommation modérée ou encore de consommation sans dommages.

La consommation occasionnelle est habituellement définie comme une consommation faible, épisodique et sans dommages. Elle inclut en général des périodes d'abstinence plus ou moins longues.

La consommation modérée se rapporte à une consommation d'alcool régulière et sans dommage. Le qualificatif modéré se réfère à des quantités variables selon les auteurs. Habituellement aujourd'hui, est dite modérée une consommation d'alcool inférieure ou égale à 21 verres-standard par semaine pour un homme et à 14 verres-standard pour une femme. De plus, on ajoute habituellement la notion de consommation par occasion qui doit être inférieure à 6 verres pour un homme et 5 verres pour une femme.

La consommation excessive sans problèmes rassemble toutes formes de consommation non modérée au sens décrit plus haut mais qui après examen minutieux ne met pas en évidence de dommages liés à cette consommation.

Ces différentes définitions mettent ainsi en évidence l'éventail des retours possibles à une consommation d'alcool sans dommages. On se rend compte que les résultats des études offriront selon le critère pris en compte des pourcentages relativement différents selon qu'on s'adresse à l'une, l'autre ou toutes les catégories à la fois (10).

Les études récentes

En 1995, Mark et Linda Sobell (11) ont rassemblé les principaux résultats des études ayant traité du retour à la consommation contrôlée chez les alcoolodépendants. Ils proposent trois grandes idées consensuelles:

- 1) Les rétablissements des personnes sévèrement alcoolodépendantes requièrent de façon prédominante des traitements orientés vers l'abstinence.
- 2) Les personnes souffrant d'une dé-

pendance peu sévère requièrent des traitements orientés vers la consommation contrôlée.

- 3) L'association du type de résultat et de la sévérité de la dépendance apparaît être indépendante des conseils proposés pendant le traitement.

Les questions posées aujourd'hui ne cherchent plus à valider la possibilité de la consommation contrôlée mais essaient de circonscrire les facteurs prédictifs de celle-ci. Rosenberg (12), dans une revue d'études sur le sujet, mit en évidence que deux facteurs étaient toujours positivement associés à un retour possible de la consommation contrôlée: un faible niveau de dépendance et la conviction personnelle du patient que ce retour était possible. Il mit également à jour que les facteurs psycho-sociaux impliqués restaient encore à déterminer. En revanche, le choix laissé aux patients quant à l'orientation thérapeutique, abstinence ou consommation contrôlée, restait encore largement sous-étudié. Les thèses cognitivistes venaient appuyer l'idée que les personnes se battent plus fortement pour les buts qu'elles se sont fixées que pour ceux qui leur ont été imposés. Hodgins (13) confirma cette hypothèse en montrant que lorsque les patients pouvaient choisir à tout moment leur but thérapeutique, c'est-à-dire même en changeant durant le traitement, leurs résultats à long terme s'en trouvaient largement améliorés. Il a montré que dans son groupe de patients sévèrement alcoolodépendants, un nombre conséquent de patients ayant choisi initialement la modération s'orientait spontanément vers l'abstinence et ce, dans les quatre premières semaines de traitement. En dehors du choix du patient, deux autres éléments ont été étudiés comme facteurs permettant de prédire la possibilité du retour à la consommation contrôlée. La sévérité de la dépendance a été rapidement identifiée comme un de ces facteurs. Difficile à mesurer réellement et souvent confondue avec la sévérité des consé-

quences, elle est aujourd'hui encore évaluée d'après l'échelle SADQ (Severity Alcohol Dependence Questionnaire) (14). La plupart des auteurs ont trouvé une relation entre le score obtenu à cette échelle et la probabilité de retour à la consommation contrôlée. Ainsi, plus le score SADQ est élevé plus la possibilité de retour à la consommation contrôlée est compromise. Mais la sévérité de la dépendance n'explique pas complètement la possibilité de retour à la consommation contrôlée et Heather (15) a proposé de considérer aussi «la perte de contrôle» comme une variable continue plutôt qu'un variable binaire. A cet effet, il a développé une échelle «Impaired Control Scale» (ICS) pour mesurer la «perte de contrôle» sur une échelle progressive et non plus comme une valeur oui/non. Ainsi, il a montré que la dimension de la «perte de contrôle» expliquait une partie des rechutes de patients qui ayant choisi l'abstinence changeait de but et tentait une reprise de la consommation contrôlée et cela indépendamment de leur niveau initial de sévérité de dépendance (16). Dans une étude ultérieure plus récente, il a également montré que dans une population de patients présentant sur l'échelle ICS des niveaux de perte de contrôle inférieurs à la limite proposée comme significative (<25 points), le taux de succès pour la consommation contrôlée était élevé et cela indépendamment du score obtenu à l'échelle SADQ (17).

Ainsi se dessine, de plus en plus clairement, un profil de patients susceptibles de bénéficier de programmes de consommation contrôlée. Ces patients se présentent avec les caractéristiques suivantes: ils ont une dépendance légère ou moyenne, une perte de contrôle inférieure à la limite proposée par Heather, ils ont confiance dans leur capacité de contrôler leur consommation d'alcool et ils sont d'accord de suivre un traitement dont le but est la consommation contrôlée. Pour les critères relatifs, on observe que ces patients sont en moyenne plus jeunes que les sujets qui réussis-

ront mieux dans l'abstinence, qu'ils ont une histoire personnelle avec l'alcool encore peu chargée et une histoire familiale d'alcoolisme souvent négative (18).

A la lumière de l'ensemble de ces résultats, on peut affirmer sans prendre de risque que la consommation contrôlée est une option thérapeutique acceptable pour certains alcoolodépendants, que les traitements centrés sur l'abstinence ou la consommation contrôlée donnent des résultats similaires, que les patients avec des dépendances sévères et dans certains cas moyennes doivent s'orienter plutôt vers l'abstinence et que les patients devraient pouvoir choisir, après information, leur orientation thérapeutique, ceci augmentant les chances de succès.

Implications dans la pratique clinique

Malgré ces résultats bien étayés, la plupart des équipes restent très réservées à l'idée de proposer des programmes de consommation contrôlée à des patients alcoolodépendants. Cette réserve tient à plusieurs causes: un manque de connaissances du sujet, une carence de soutien dans les équipes y compris parmi les responsables et enfin sans doute la crainte de «cautionner» des consommations abusives chez des patients déjà fragiles (18). Avant de lancer un programme de consommation contrôlée, chaque soignant doit s'assurer qu'il connaît bien le sujet et les limites de celui-ci et que sa hiérarchie le soutient dans la mise en place de ce programme. La consommation contrôlée ne saurait se limiter à quelques encouragements donnés aux patients tels que: «allez-y, réduisez votre consommation». Aussi, tout programme de consommation contrôlée doit inclure:

1. des paramètres clairs et explicites pour évaluer la consommation contrôlée
2. un consensus sur la valeur du verre-standard
3. un plan de traitement très clair et

des ressources dûment expliquées au patient

4. des stratégies de négociation des buts et options thérapeutiques.

Nous rappellerons qu'il existe des contre-indications assez évidentes à la participation d'un alcoolodépendant à un programme de consommation contrôlée (8,18):

1. le refus du patient de participer à un tel programme
2. une situation médicale et/ou psychologique susceptible d'être aggravée par la persistance d'une quelconque consommation d'alcool (cirrhose, hépatite alcoolique, etc.)
3. des antécédents de sevrage sévère
4. des échecs répétés de tentatives bien conduites de consommation contrôlée
5. la prise de médicaments incompatibles avec l'absorption d'alcool
6. la grossesse
7. l'allaitement.

Considérant ces contre-indications, le clinicien ne manquera pas de réitérer ses informations ou conseils lorsqu'il jugera que le patient choisit un but qu'il aura les pires difficultés à atteindre.

Les programmes de consommation contrôlée proposés à des patients alcoolodépendants ne doivent pas venir s'inscrire en concurrence avec les programmes orientés vers l'abstinence tandis que de très nombreux patients alcoolodépendants en ont grandement besoin et doivent trouver de tels programmes en nombre suffisant. Ces programmes offrent une option thérapeutique nouvelle et complémen-

taire de l'approche centrée sur l'abstinence. En permettant à des patients «craintifs» d'entrer dans des programmes de soins qu'ils jugent plus adaptés a priori à leurs problèmes, ils augmentent le nombre de patients en traitement et par là-même augmenteront le nombre de patients rétablis de leur problème d'alcool. La communauté dans son entier ne s'en portera que mieux.

Références

1. Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23: 94-104.
2. Kendell RE. Normal drinking by former alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1965 Jun;26: 247-57
3. Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4:49-72.
4. Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. *Behav Res Ther*. 1976;14(3):195-215
5. Caddy, G. R., & Lovibond, S. H. (1976). Self-regulation and discriminant aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behavior. *Behavior Therapy*, 7:223- 230.
6. Armor, D. J., Stambul, H. B., & Polich, J. M. (1977). [The "Rand Report": Some comments and a response]. *Journal of Studies on Alcohol*, 38:179- 193.
7. Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*. 1982 Jul 9;217(4555):169-75.
8. Heather N & Robertson I. *Problem Drinking*. Oxford, 1989, Oxford University Press. Pp 90-145
9. Helzer JE, Robins LN, Taylor JR, Carey K, Miller RH, Combs-Orme T, Farmer A. The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *N Engl J Med*. 1985 Jun 27;312(26):1678-82
10. Peele S. Why do controlled-drinking outcomes vary by investigator, by country and by era? Cultural conceptions of release and remission in alcoholism. *Drug Alcohol Depend*. 1987 Nov 30;20(3):173-201
11. Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
12. Rosenberg H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull*. 113(1):129-39
13. Hodgins, D. C., Leigh, G., Milne, R., & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22 (2), 247- 255.
14. Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H. (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*. 74(1):79-87
15. Heather N, Tebbutt JS, Mattick RP, Zamir R. Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *J Stud Alcohol*. 1993
16. Heather N, Booth P, Luce A. Impaired Control Scale: cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction*. 1998 May;93(5):761-71
17. Heather N, Dawe S. Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction*. 2005 Jul;100(7):945-52.
18. Ambrogne JA (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat*. 22(1):45-53.

Adresse mail de l'auteur:

pascal.gache@hcuge.ch

L'addiction: une maladie de l'apprentissage et de la mémoire

Bénédicte Balland, Christian Lüscher, Département des Neurosciences fondamentales et Service de Neurologie, Université de Genève

Les avancées récentes des neurosciences ont conduit à envisager l'addiction comme un dérèglement des mécanismes d'apprentissage et de la mémorisation. Ce changement de paradigme ouvre des pistes qui restent à explorer dans le domaine de la prévention et du traitement. (réd.)

Le système de récompense est un système cérébral fonctionnel impliqué dans les sensations hédoniques, que l'on retrouve chez tous les mammifères. Il trouve son origine dans une petite structure localisée au sommet du tronc cérébral, l'aire tegmentale ventrale (VTA). Cette dernière est directement connectée avec le cortex préfrontal et le noyau accumbens, mais aussi avec l'amygdale et l'hippocampe. La transmission de l'information entre la VTA et ses structures cibles fait intervenir la dopamine; ce neurotransmetteur est donc souvent assimilé à la «molécule du plaisir», mais cette association est néanmoins un peu galvaudée. Il semble en effet que la libération de dopamine ne soit pas directement associée à la représentation interne des états hédoniques mais plutôt à des mécanismes d'apprentissage liés à l'obtention de récompense.

Il y a quelques années, l'enregistrement de l'activité des neurones de la VTA, chez le singe éveillé, apporta des preuves solides en faveur de cette hypothèse et constitua un tournant dans la compréhension du système de récompense. Cette étude montra que lorsque les singes recevaient une récompense inattendue, celle-ci déclenchait un pic de libération de dopamine. Inversement lorsque la récompense promise n'était pas obtenue, alors les neurones dopa-

minergiques étaient totalement inhibés. En revanche, lorsque la récompense était anticipée par les animaux (grâce à un signal visuel), alors l'activité basale des neurones dopaminergiques n'était que peu modifiée. Les neurones de la VTA codent donc la différence entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu. La récompense est systématiquement comparée avec la prédiction, et la différence constitue ce que l'on appelle «l'erreur de prédiction de la récompense». La dopamine fournit donc un signal important, qui incite à prendre des risques et à modifier le comportement pour obtenir la récompense de façon certaine. Lorsque l'apprentissage est terminé, le comportement est renforcé et l'animal obtient systématiquement la récompense; celle-ci ne déclenche plus de pic d'activation des neurones de la VTA.

Le système de récompense est ancien sur le plan phylogénique, car la survie des espèces dépend de la capacité des individus à apprendre les circonstances dans lesquelles ils pourront obtenir de la nourriture et se reproduire. De tels buts représentent des récompenses dites naturelles.

Compulsion et dérèglement de l'apprentissage

Un certain nombre de composés pharmacologiques comme les opiacés, le

cannabis, la nicotine, l'alcool ou encore la cocaïne et les amphétamines déclenchent une sensation euphorique et sont perçus comme une récompense. L'arrêt brutal de la consommation de ces drogues entraîne un syndrome de manque (sevrage), qui correspond à la dépendance (physique). Elles peuvent également être à l'origine d'un phénomène d'addiction (anciennement «dépendance psychologique»), défini par une perte de contrôle du comportement menant à une consommation compulsive, en dépit d'évidentes conséquences négatives. Si la dépendance est systématique lors d'une exposition chronique, l'addiction en revanche ne touche qu'une partie des consommateurs. Il est ainsi important de rappeler que les individus ne sont pas égaux face aux risques d'addiction. Ces différences interindividuelles semblent être le reflet de multiples interactions environnementales et génétiques. Pour les neurobiologistes, l'identification de ces derniers facteurs reste primordiale.

Les travaux de ces dernières années ont démontré que les drogues addictives influençaient toutes le comportement par le même biais, c'est-à-dire, par leur capacité «in fine» à augmenter fortement la libération de dopamine dans le noyau accumbens, via l'activation des neurones dopaminergiques de la VTA. Dans ces conditions, on peut alors envisager l'addiction comme un dérèglement des mécanismes d'apprentissage

et de motivation. La libération massive de dopamine n'est plus liée à un signal de prédiction de l'erreur, mais uniquement à la consommation de drogue. Par ailleurs, la quantité de dopamine libérée est largement supérieure à celle engendrée par les récompenses dites naturelles. La récompense liée à la consommation des drogues addictives tend alors à être surévaluée et semble donc meilleure que prédite par le système! Ce détournement du système de récompense conduit à un emballement des mécanismes d'apprentissage: la dopamine libérée fournit un signal renforçant fort, qui se traduit sur le plan comportemental par une dévaluation progressive des autres récompenses ainsi qu'à une consommation compulsive, autrement dit le désir sans plaisir! Si l'ensemble des drogues addictives semblent agir sur la libération de dopamine, l'imagerie fonctionnelle, récente chez l'homme, montre que ce système dopaminergique est également activé par les jeux de hasard. Dans ce cas la récompense, imprévisible par principe, active systématiquement les neurones dopaminergiques de la VTA. Contrairement à d'autres types de jeux, la probabilité de gagner n'évolue pas et l'apprentissage est donc impossible. Comme précédemment, l'activation excessive des neurones dopaminergiques conduit à l'emballement du système, on parle alors de jeu compulsif. Les jeux de casino déclenchent donc une sensation de plaisir par le suspense autrement dit, c'est la «mise» qui fait office de «dose»! La similarité des mécanismes d'addiction en aval de la libération de dopamine, indépendamment de l'induction, pourrait expliquer la polyaddiction de certains patients (jeux, alcool, nicotine).

Vers de nouvelles cibles thérapeutiques

Les mécanismes moléculaires et cellulaires de l'addiction tant au niveau des comportements que des systèmes doivent expliquer comment une libération accrue et répétée de dopamine peut induire une consommation compulsive, mais aussi pourquoi le contex-

te associé à la prise de drogue influe sur les comportements.

La dopamine agit en modulant les propriétés de la transmission synaptique, c'est-à-dire le flux d'informations entre les cellules nerveuses. Cependant lorsqu'elle est libérée en quantité excessive, comme c'est le cas lors de la consommation de drogues, la dopamine déclenche des modifications importantes et à long terme. Ce sont les mêmes mécanismes cellulaires, qui sont mis en jeu dans les processus d'apprentissage et de mémoire. On sait maintenant par exemple que l'injection «in vivo» d'une simple dose de cocaïne chez la souris entraîne un renforcement de la transmission synaptique excitatrice dans la VTA.

Coût de l'addiction: la nécessité de poursuivre l'effort de recherche

En Europe, 9 millions de personnes sont touchées par l'addiction. Le coût engendré est estimé à 57 milliards d'euros par an; ce qui classe l'addiction parmi les problèmes majeurs de santé publique. Tenant compte de l'évolution des concepts dans le domaine de l'addiction, proposée par les neurosciences, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe désormais l'addiction parmi les affections du cerveau. Dans un rapport récent, elle a notamment incité à prendre conscience des processus biologiques qui sous-tendent l'addiction et préconise le renforcement de la prévention et des traitements, ainsi que la mise au point d'interventions qui n'exposent pas les patients à la stigmatisation.

Bien sûr, de nombreux éléments du puzzle manquent encore et la poursuite des recherches est fondamentale mais les progrès des neurosciences permettent d'ores et déjà d'envisager plusieurs axes de recherches:

- La classification des substances addictives en fonction de leur mécanisme d'action constitue une avancée qui pourrait amener à contrôler et à anticiper les propriétés addictives des molécules pharmacologiques couramment utilisées ou en voie de dé-

veloppement.

- Cette classification permet par ailleurs d'identifier et d'organiser les traitements, en amont de la libération de la dopamine.
- La clarification du rôle central des altérations de la plasticité cellulaire induite par la dopamine permet d'envisager des cibles thérapeutiques communes, quelle que soit la substance addictive.

Enfin, sur le plan fondamental, ces processus d'apprentissages pathologiques représentent également le fil d'Ariane qui pourraient amener à mieux appréhender la physiologie de l'apprentissage et de la mémorisation.

Bibliographie

Berridge KC, Robinson TE (1998) What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Res Brain Res Rev* 28(3): 309-69.

Waelti P, Dickinson A, Schultz W (2001) Dopamine responses comply with basic assumptions of formal learning theory. *Nature* 412: 43-48.

Ungless MA, Whistler JL, Malenka RC, Bonci A (2001) Single cocaine exposure in vivo induces long-term potentiation in dopamine neurons. *Nature* 31:583-587.

Bellone C, Lüscher C. (2006) Cocaine triggered AMPA receptor redistribution is reversed in vivo by mGluR-dependent long-term depression. *Nat Neurosci.* 2006;9:636-41.

Nestler EJ (2005) Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci* 8: 1445-9.

Pessiglione M, Seymour B, Flandin G, Dolan RJ, Frith CD (2006) Dopamine-dependent prediction errors underpin reward-seeking behaviour in humans. *Nature* 442:1042-1045.

Lüscher C, Ungless MA. (2006) The mechanistic classification of addictive drugs. *PLoS Med* 3(11):e437.

OMS GENEVE/BRASILIA (2004) Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence ISBN 92 4 259124 6 (Classification NLM:WM 270)

Adresse mail de l'auteur:

christian.luscher@medecine.unige.ch

Jacques
Cornuz,
Jean-Pierre
Zellweger,
Policlinique
Médicale
Universitaire,
Lausanne

D'un point de vue strictement médical, la consommation contrôlée de tabac n'est pas ou peu bénéfique pour la santé. La réduction de la consommation permet cependant au fumeur une prise sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement. (réd.)

Consommation contrôlée de tabac: peut-on la recommander?

Jusqu'à ce jour, les politiques efficaces de prévention du tabagisme (Europe du Nord, Australie, Canada, certains états des USA, tels que ceux de New-York, de la Californie et du Massachusetts) ont été basées sur deux axes:

- 1) la diminution de la demande, en rendant le produit moins attractif, moins «demandé», en particulier par une augmentation de la taxation, l'interdiction de toute publicité directe et indirecte et la promotion de lieux publics et de travail sans fumée;
- 2) l'aide à l'arrêt du tabagisme, en particulier par l'accès à bas seuil aux produits de substitution nicotiques atténuant le sevrage, notamment par la vente sans ordonnance de certains d'entre eux.



La réduction du nombre de cigarettes augmente la confiance en soi facilitant ainsi un a

Est-il aujourd'hui envisageable de changer de paradigme en recommandant aux fumeurs de «contrôler» leur consommation de tabac, c'est-à-dire de diminuer jusqu'à un certain seuil le nombre de cigarettes fumées par jour? Peut-on, en pratique clinique, transmettre la recommandation suivante

aux fumeurs qui, pour la plupart, fument un paquet/jour: «Baissez votre consommation de un paquet à environ dix cigarettes par jour»? D'un point de vue de santé publique, en complément des mesures efficaces de prévention, est-il judicieux, raisonnable, voire efficace de recommander

aux fumeurs une réduction de leur consommation, approche en conformité avec celle des quatre piliers (prévention, traitement, répression, réduction des risques) appliquée pour les problèmes liés aux drogues dures? Peut-on réduire le risque sanitaire autrement que par l'arrêt? Beaucoup de

questions auxquelles cet article tente de répondre, notamment sur la base d'une récente réflexion dans une revue médicale (1) et du rapport français sur la réduction du risque tabagique (2).

Rappel sur la réalité du tabagisme

La majorité des fumeurs souhaite arrêter et regrettent d'avoir commencé à fumer. Cependant, malgré leurs efforts, seule une minorité parvient à arrêter lors d'une tentative, en raison de la forte dépendance physique, psychologique et comportementale au tabac, en particulier à la nicotine. Même si les interventions médicales sont efficaces et augmentent le succès des tentatives d'arrêt, la réussite est loin d'être la règle (3). Malgré une prise en charge individuelle intensive et la prescription d'une pharmacothérapie, les tentatives d'arrêt sont suivies



Photo Interfoto

arrêt

de rechutes dans 70 à 80% des cas (4) et il n'existe pas de méthode bien documentée qui permette de prévenir la reprise du tabagisme (5).

Face à cette réalité, mais aussi à l'urgence de l'arrêt du tabac dans les situations où le fumeur souffre d'une maladie due à la fumée, il est logique

d'envisager d'autres stratégies. Parmi elles, la réduction de la consommation de tabac apparaît comme une alternative potentielle. Il s'agit dès lors de savoir si la réduction à long terme est possible, si elle est bénéfique (ou nocive) pour la santé des fumeurs, si elle influence de manière favorable ou défavorable les chances d'arrêt ultérieur et enfin si elle est appropriée à certaines catégories de fumeurs (6).

Réalité de la diminution du tabagisme

Un quart environ des fumeurs déclarent vouloir diminuer leur consommation au lieu d'arrêter totalement de fumer. Qu'en est-il en réalité? Parmi 19 000 fumeurs danois suivis pendant 15 ans, seuls 10% avaient réduit spontanément leur consommation de plus de la moitié (7). Dans un groupe de fumeurs suivis pendant 3 ans, les facteurs associés à la réduction étaient l'âge avancé, la présence d'une maladie due au tabac et la consommation tabagique élevée (8). Une étude, effectuée parmi un groupe de fumeurs espagnols suivis pendant 8 ans, a confirmé l'impact des problèmes de santé sur la décision de réduction à long terme de la consommation tabagique (9). Dans un collectif de fumeurs atteints d'obstruction bronchique chronique suivis pendant 5 ans, auxquels étaient donné le conseil d'arrêter de fumer et une aide médicale pour le sevrage tabagique, tous les participants qui avaient réduit leur consommation tabagique utilisaient des substituts nicotiques (10).

Réduction du tabagisme et compensation par une auto-titration du taux de nicotine

Il est important de savoir si les fumeurs qui réduisent leur consommation tabagique réduisent en même temps l'absorption de nicotine et des toxiques de la fumée, tels que le monoxyde de carbone et le goudron. Si la réduction conduit le fumeur à inspirer plus profondément et à fumer les cigarettes plus près du filtre, le bé-

néfice sanitaire pourrait être illusoire. Le fumeur cherche en effet très souvent à maintenir un taux de nicotine dans le sang supérieur à celui auquel il ne se sent pas bien, en l'occurrence lorsqu'il est en état de manque, en ajustant, souvent de façon inconsciente, sa consommation. Ce processus d'auto-titration a été très bien décrit par Jarvis et d'autres ces dernières années (11). En effet, le fumeur dont l'abstinence temporaire est imposée (lieu de travail, transport en commun), et qui est donc obligé d'espacer sa consommation de cigarettes, a tendance à fumer plus intensément. Il perçoit des effets plus intenses de sa consommation et obtient plus de «récompense» de chaque cigarette. Le pouvoir renforçant des cigarettes espacées peut donc avoir un effet pervers et même nuire à la motivation d'arrêter de fumer. Cet effet n'est d'ailleurs que partiellement éliminé par un apport de nicotine par substitution. D'après une récente revue systématique de la littérature, la réduction du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré n'est pas proportionnelle à la réduction de la consommation tabagique et n'atteint que la moitié environ de ce qui est attendu en fonction de la diminution de la consommation de cigarettes (6). Les fumeurs qui réduisent leur consommation semblent donc compenser en partie leur diminution par une absorption plus élevée de fumée.

Effets de la réduction du tabagisme sur la santé

Pour qu'une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour se traduise par une diminution du risque, il faut que cette réduction soit suffisamment importante, se fasse sur une durée suffisamment longue, n'entraîne pas de modification de la façon de fumer et n'empêche pas d'éventuelles tentatives de sevrage. Selon les données scientifiques actuelles, la toxicité du tabac fumé dépend plus de la durée du tabagisme que de la quantité totale de tabac consommé. De plus, et contrairement à la consommation d'alcool, il n'existe pas de valeur en-

deçà de laquelle la consommation n'aurait aucun impact sur la santé. Il existe en effet une relation linéaire qui invalide l'existence d'un seuil de non-nocivité chez les petits fumeurs. La réduction de la consommation tabagique ne s'accompagne que d'effets positifs modestes, et seulement sur certains paramètres biologiques, tels que l'inflammation bronchique, les taux de lipides sanguins et la vitesse de déclin de la fonction ventilatoire (12). Les études publiées jusqu'à présent n'ont en effet pas démontré d'impact mesurable en terme de morbidité, par exemple sur le risque d'hospitalisation pour bronchite chronique obstructive (13), ni de mortalité (14). Une preuve de l'absence de seuil en-dessous duquel le risque de décès ou de maladie lié au tabagisme serait nul (par exemple quelques cigarettes/jour), c'est-à-dire identique au risque des non-fumeurs, a été fournie par une étude de cohorte réalisée auprès de plus de 40'000 fumeurs norvégiens (figure 1) qui montre que mêm-

de, il est faux d'affirmer que seule une consommation quotidienne de plus de cinq cigarettes/jour entraîne de graves dangers pour la santé. Une récente étude observationnelle montre qu'une diminution de 50% de la consommation de cigarettes ne permet de diminuer le risque de développer un cancer pulmonaire que de 25% (16): la réduction n'annule pas le risque, qui reste élevé. Pour reprendre une formule « choc » de Pr. G. Dubois, cette réduction est similaire à la perspective de survie en cas de collision avec un « huit tonnes » plutôt qu'avec un « quarante tonnes »! En l'état actuel des connaissances, l'arrêt complet du tabagisme reste donc le moyen le plus sûr de réduire les nombreux risques de maladies liées au tabac.

Effet de la réduction sur les chances d'arrêt ultérieur

Deux hypothèses s'opposent sur les relations entre la réduction du tabagisme-

hypothèse est probablement correcte, et que les chances d'arrêt des fumeurs qui ont pu réduire leur consommation pendant 1 ou 2 ans sont discrètement plus élevées, de l'ordre de 10%, que les taux d'arrêt spontané dans un collectif de fumeurs récalcitrants (17-20). Les fumeurs qui cessent de fumer après une période de réduction sont cependant ceux qui ont reçu une aide pharmacologique, soit sous forme de substituts nicotiques (17), soit sous forme de bupropion (21). Dans l'ensemble, les études publiées démontrent que la politique de réduction du tabagisme, si elle est soutenue par un traitement pharmacologique et qu'elle est proposée comme une étape transitoire vers l'arrêt complet, peut avoir une place dans les programmes de désaccoutumance.

Réduction de la consommation: pour qui?

Chez les fumeurs atteints d'affection cardiovasculaire ou respiratoire et chez lesquels la poursuite du tabagisme représente une menace grave pour la santé, mais qui ne sont pas capables d'arrêter totalement de fumer dans un proche avenir, notamment en raison d'une dépendance très forte ou de comorbidités psychiatriques, une stratégie de réduction temporaire du tabagisme, en général soutenue par des substituts nicotiques et un suivi médical régulier, permet d'encourager le fumeur à faire un effort, de lui donner confiance dans ses propres capacités et surtout de maintenir le dialogue entre le soignant et le malade, sans interférer avec les autres traitements médicaux. Si le but clairement annoncé lors de chaque rencontre avec un fumeur reste l'arrêt total du tabagisme, la réduction du tabagisme peut donc être, de cas en cas, un compromis acceptable, mais ne doit pas représenter un but en soi ni une promesse illusoire d'amélioration de la santé.

Conclusion

Le risque individuel d'un fumeur est fonction de la quantité de fumée qu'il

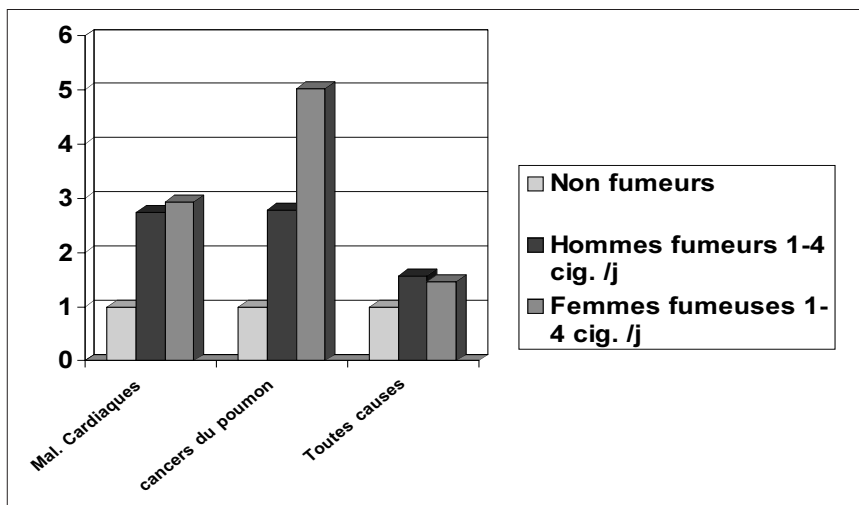


Figure 1. Risques de mortalité associés à la consommation de 1-4 cigarettes/jour (selon Bjartveit 2005)

me une consommation faible de tabac (une à quatre cigarettes/jour) augmente le risque de maladie cardiovasculaire, de cancer pulmonaire et de décès. Après ajustement pour les autres facteurs de risque, le risque relatif de maladies est en effet proche de 3, voire de 5 pour le risque de décéder d'un cancer pulmonaire chez la femme (15). Ainsi, sur la base de cette étu-

me et les chances d'arrêt ultérieur. La première hypothèse postule que la réduction, considérée comme un but en soi, est satisfaisante pour le fumeur, qui n'est plus incité à tenter un arrêt. L'autre hypothèse admet que la réduction augmente la confiance en soi du fumeur dépendant, qui tentera plus facilement un arrêt. Plusieurs études suggèrent que la seconde

absorbe et la toxicité de celle-ci. Dès lors, en dehors de l'arrêt, deux voies sont possibles:

- 1) la réduction de la toxicité du tabac;
- 2) la diminution de la consommation de tabac.

Alors que la première voie, régulièrement avancée par l'industrie de la cigarette (filtres, cigarettes dites légères, ...), est clairement un leurre et par conséquent un échec d'un point de vue de santé individuelle et communautaire, la seconde reste mal définie et du domaine actuellement de la recherche. Les effets bénéfiques sur la santé sont très modestes avec, sur le long terme, des conséquences de nature assez proche de celles décrites pour le passage des cigarettes normales aux cigarettes légères. Dans le cas d'une réduction du nombre de cigarettes fumées, il faut craindre le phénomène de compensation maximale, pouvant même augmenter le rendement de l'extraction de nicotine et parallèlement celle des autres produits toxiques présents dans la fumée de cigarette! Même si l'administration combinée de nicotine par des substituts devrait permettre d'assurer une auto-titration efficace, la réduction du tabagisme reste une attitude dont les bénéfices sont incertains et les modalités mal définies. Enfin, alors que la politique actuelle de prévention du tabagisme vise à rendre moins attractif un produit qui, rappelons-le, tue la moitié de ses consommateurs réguliers et qui est plus facilement accessible qu'un litre de lait ou qu'un kilo de pain, de jour et de nuit, 7 jours sur 7, un message prônant une consommation contrôlée pourrait bien être un auto-goal de santé publique.

Références

- (1) Zellweger JP. Diminuer la consommation de tabac: une alternative à l'arrêt de la cigarette? *Rev Med Suisse* 2006;2:1701-3
- (2) Rapport au Directeur Général de la Santé du groupe de travail présidé par le Professeur Gérard Dubois. La réduction du risque tabagique. Mai 2001
- (3) Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Bolliger CT, Fagerström KO, editors. *The Tobacco Epidemic*. Basel: Karger, 1997: 151-166.
- (4) Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US public health service report. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
- (5) Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD003999.
- (6) Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction* 2005; 100(8): 1074-1089.
- (7) Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers. *Prev Med* 2001; 33(1): 46-52.
- (8) Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Hapke U, John U. Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction* 2003; 98(8):1101-1110.
- (9) Garcia M, Fernandez E, Schiaffino A, Peris M, Borrás JM. Smoking reduction in a population-based cohort. *Prev Med* 2005; 40(6): 679-684
- (10) Hughes JR, Lindgren PG, Connett JE, Nides MA. Smoking reduction in the Lung Health Study. *Nicotine and Tobacco research* 2004; 6(2): 275-280.
- (11) Jarvis MJ, Boreham R, Primastera P et al. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intake in smokers: evidence from a representative population study. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:134-138.
- (12) Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166(5): 675-679.
- (13) Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, Prescott E. Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study. *Thorax* 2002; 57(11): 967-972.
- (14) Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year follow-up of 19,732 men and women from The Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002; 156(11): 994-1001.
- (15) Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 2005; 14: 315-320
- (16) Godtfredsen NS; Prescott E; Osler M SO. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005 28;294(12):1505-10
- (17) Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 371-381.
- (18) Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003; 98(10): 1395-1402.
- (19) Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, van Biljon X, Robidou A, Westin A et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321(7257): 329-333.
- (20) Fagerstrom KO. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration* 2005; 72(2): 216-220.
- (21) Hatsukami DK, Rennard S, Patel MK, Kotlyar M, Malcolm R, Nides MA et al. Effects of sustained-release bupropion among persons interested in reducing but not quitting smoking. *Am J Med* 2004; 116(3):151-157.

Adresse mail des auteurs:

jacques.cornuz@chuv.ch
jean-pierre.zelleweger@chuv.ch



«Nous ne fumons pas aux Hôpitaux Universitaires de Genève» Sondage d'opinion

Florence Burri, Patricia Borrero, Sarah Kupferschmid, Jean-Paul Humair, HUG, Genève

Le sondage d'opinion réalisé cinq mois après le lancement de la nouvelle campagne de prévention du tabagisme sur le site des hôpitaux universitaires de Genève révèle un bilan positif et donne des pistes pour certains ajustements contextuels. (réd.)

Objectifs

Depuis le 1er janvier 2006, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont décidé d'interdire la fumée à l'intérieur des locaux. Pour accompagner cette mesure, diverses stratégies ont été mises en place, notamment par les infirmières spécialistes clinique en tabacologie et le médecin responsable de la consultation tabac en policlinique de médecine, telles que formation des équipes médico-infirmières, d'accueil et de sécurité, aide spécialisée à la désaccoutumance au tabac pour le personnel et les patients hospitalisés.

Le sondage avait pour objectif de faire un premier bilan (après 5 mois) de la nouvelle campagne de prévention du tabagisme "Nous ne fumons pas aux HUG" en interrogeant les patients,

les visiteurs et le personnel des HUG afin d'obtenir leurs opinions sur cette nouvelle campagne et les conséquences de son application.

Contexte et méthode

Le sondage a été réalisé lors de la journée mondiale sans tabac du 31 mai 2006. Huit stands ont été tenus entre 11h30 et 14h sur les sites des HUG¹. Les personnes qui s'approchaient des stands étaient invitées à répondre à un questionnaire, ce qui leur donnait le droit à participer à un concours.

Le questionnaire était composé de sept questions, dont trois ouvertes destinées à connaître l'opinion des sondés sur la campagne, classées en aspects positifs, aspects négatifs et suggestions. Les quatre questions fermées interrogeaient les personnes sur leur identité (patient, personnel, visiteur, autre), le site où elles se trouvent, leur statut tabagique et l'influence de la nouvelle campagne sur leur tabagisme ou celui d'un proche. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du programme «Sphynx». Les réponses aux trois questions ou-

vertes ont été classifiées et codées par thèmes par le premier auteur, afin d'identifier la spécificité des réponses selon notamment les sites et l'identité de la personne répondante. L'échantillon de réponses ainsi obtenu est non représentatif, au sens épidémiologique, puisqu'on ne considérerait que les personnes venant aux différents stands et acceptant de répondre sur place au questionnaire. Les résultats sont exprimés en proportion des personnes ayant répondu aux questions.

Résultats

420 questionnaires ont été remplis. La question ayant obtenu le moins bon taux de réponse est la question ouverte ayant trait aux *suggestions au sujet de la nouvelle campagne* (49,5%). Par contre, les autres questions, aussi bien ouvertes que fermées, ont obtenu un taux de réponse excellent allant de 84% à 99%.

Identité et statut tabagique des personnes répondantes

Pour l'identité des personnes répondantes, 306 (73,7%) appartiennent au

personnel des HUG, 29 (7%) sont des patients, 44 (10,6%) des visiteurs, et 36 (8,7%) sont cataloguées comme "autres", (stagiaires, accompagnants de patients et professionnels extérieurs aux HUG avec un mandat spécifique).

Les personnes répondantes se distribuent en 224 (54,3%) non-fumeurs, 102 (24,7%) fumeurs et 87 (21,1%) ex-fumeurs.

La répartition de ces différentes catégories (non fumeurs, fumeurs, ex-fumeurs) est homogène et pour l'ensemble des sites et pour les diverses identités.

Influence de la campagne sur la consommation de tabac

Globalement, la moitié des personnes répondantes ont déclaré que la nouvelle campagne avait entraîné un arrêt ou une diminution de leur consommation de tabac ou de celle d'un proche:

Non	175	49.4%
Oui, j'ai diminué ma consommation de tabac	54	15.3%
Oui, un de mes proches a diminué sa consommation de tabac	53	15.0%
Oui, un de mes proches a arrêté de fumer	44	12.4%
Oui, j'ai arrêté de fumer	28	7.9%
Total	354	100.0%

Si l'on analyse uniquement les fumeurs ou ex-fumeurs, on peut dire que 21,5% des fumeurs répondants ont arrêté de fumer suite à la campagne, et 53% d'entre eux ont diminué leur consommation.

Aspects positifs

En dehors du fait qu'1/3 des répondants montrent leur adhésion à la campagne, ils mentionnent plusieurs bénéfices regroupés selon cinq axes:

- le bénéfice sur l'environnement de la place de travail (et en miroir les conséquences sur le confort et la santé): 36,9%
- le gain pour l'ensemble des partenaires (fumeurs, non-fumeurs, patients, visiteurs): 26,6%

- l'influence sur la désaccoutumance (prise de conscience, sensibilisation, incitation, baisse de la consommation, aide au sevrage): 19,5%
- la cohérence avec la mission de santé: 19%
- le respect des autres: 6,5%

Rares sont les personnes n'ayant exprimé aucun aspect positif sur la campagne.

Aspects négatifs

Les commentaires sur les aspects négatifs se regroupent en trois catégories:

- 1) l'absence de lieu pour fumer, notamment pour les patients: 47,1%
- 2) l'idée d'intolérance, d'exclusion, et d'atteinte à la liberté: 28,5%
- 3) l'atteinte à l'image de l'institution: 12,3%

Suggestions

Les suggestions énoncées se regroupent en cinq axes:

- 1) lieu fumeur adéquat: 28%
- 2) la poursuite et l'extension de la campagne: 8,5%
- 3) l'accent sur le dialogue, l'information et la sensibilisation 6,6%
- 4) le renforcement de la contrainte 7,6%
- 5) une dimension concernant les employés (lieu fumeur, même si celle-ci représente un pourcentage très faible des occurrences, soit 1,9%)

On observe une sur-représentation de suggestions concernant un local ou lieu fumeur adéquat pour Trois-Chêne, Cesco et Loëx (sous-représen-

tation pour Cluse-Roseraie et Psychiatrie).

Discussion

La décision d'opter pour un hôpital non-fumeur a été bien perçue et a eu un impact favorable sur la désaccoutumance au tabac. Globalement, la moitié des personnes répondantes ont déclaré que la nouvelle campagne HUG avait eu une influence positive sur leur consommation de tabac ou sur celle d'un proche.

De plus, le sondage a donné lieu au double de commentaires positifs par rapport aux négatifs, soit 594 versus 284 (2,1 à 1). La majorité ont donné des opinions positives sur cette campagne par leur adhésion, le constat d'absence d'effet négatif et des cinq types de bénéfices cités plus haut. Ces opinions positives sont partagées par les fumeurs et les non-fumeurs, ces derniers sont plus nombreux seulement pour les compliments faits à la campagne.

Les trois axes négatifs relevés par les personnes sondées sont l'absence de lieu pour fumer, l'intolérance, et l'atteinte à l'image de l'institution. Ces remarques remettent-elles en cause la campagne et ses bénéfices? Il s'agit d'abord de s'entendre sur les mots et de ne pas confondre le principe de la campagne avec ses mesures d'application. En effet, on peut très bien avoir beaucoup d'estime et faire une évaluation élogieuse d'une campagne sans en partager pleinement les mesures; soit parce que son application semble difficile ou peu propice dans certaines réalités très spécifiques (patients alités, troubles cognitifs, toxicomanies, troubles psychiatriques, fin de vie...), soit par ce qu'elle apporte des outils insuffisants dans le cadre son application.

Deux dimensions importantes ont été exprimées par tous les sites et sont en rapport avec les patients fumeurs. «Local et lieu fumeur adéquats et surveillance et prise en charge des patients, contextualisation.» Une analyse plus détaillée montre une sur-représentation pour Trois-Chêne et Cesco de la proposition local ou lieu

fumeur adéquats et une surreprésentation pour Loëx de la proposition *surveillance et prise en charge des patients, contextualisation*. Ces trois sites représentent donc en priorité les lieux où une réflexion et un effort de contextualisation de la mesure édictée doivent être menées. Ils ont sans doute un ou des points communs et partagent probablement une caractéristique proche du type de patients qui y séjournent.

Les deux autres dimensions, *liberté, tolérance, respect* et lien avec l'environnement, d'un poids quantitatif moins fort, font référence à d'autres aspects. L'un, *liberté, tolérance, respect*, fait écho à un principe général fondamental démocratique qui sous-tend notre tissu social et que l'absolu d'une telle campagne, selon cette compréhension, écorne. L'autre, *lien avec l'environnement*, porte un regard pratique en rappelant les conséquences environnementales de la campagne, paradoxalement aussi bien par son application stricte (les personnes vont fumer ailleurs mais aux alentours proches, non prévus pour le fumeur ou la fumée) que par son manquement (des personnes transgressent l'interdit et fument quand même dans des lieux divers et en général inappropriés).

Pour mieux comprendre les problématiques posées sur chacun des sites, on a rassemblé les réponses classifiées aux aspects positifs, aspects négatifs et suggestions par site. Cela donne également un outil spécifique aux sites, pour analyser la situation et ent-

rer en matière sur les réalités et les enjeux soulignés par le sondage.

La méthode de recrutement utilisée dans ce sondage rend possible un biais de sélection des répondants les plus intéressés par le sujet, car ils ont eux-mêmes choisis de participer ou non à cette enquête. Par contre, les trois questions ouvertes ont favorisé une expression libre de leurs opinions sur la campagne.

Conclusion

Ce sondage a permis de faire, cinq mois après le début de la campagne, une photographie des perceptions du personnel, des visiteurs et patients des HUG; ce premier bilan s'avère très positif surtout si l'on considère l'impact important de la campagne sur la consommation de tabac pour la moitié des personnes répondantes sur tous les sites et quelle que soit leur identité. Les cinq bénéfices principaux sont un meilleur environnement, un gain pour tous, la désaccoutumance au tabac, la cohérence avec notre mission de santé et le respect des autres. Les aspects négatifs exprimés sont le reflet, non d'une sanction de la campagne mais d'une meilleure connaissance *a posteriori* des réalités et des spécificités des sites. Celles-ci sont du reste reprises dans les suggestions émises où revient la proposition de *locaux ou lieux fumeurs adéquats*, surtout en rapport avec les patients. Une analyse plus détaillée montre que cette proposition, représentative d'une contextualisation de la mesure édic-

tée, doit être analysée et réfléchie en priorité pour les sites accueillant des patients pour un long séjour, réhabilitation ou soins palliatifs.

Suite à ce sondage qui reflète une perception très positive de la campagne, les actions suivantes ont été renforcées ou envisagées dans l'institution: la formation des soignants est poursuivie, la sensibilisation des cadres est renforcée, la signalétique a été adaptée, les équipes continuent de recevoir de l'aide et des conseils dans la résolution des problèmes qu'elles rencontrent avec les patients fumeurs, par le biais des infirmières spécialistes cliniques en tabacologie.

De plus, une approche spécifique ciblant les sites Trois-Chêne, Cesco et Loëx est en préparation, ayant pour but d'apporter une aide et une réflexion basée sur les évaluations du sondage réalisé par site.

Enfin, une enquête sur un échantillon représentatif des patients et des employés des HUG sera réalisée durant le premier semestre 2007 et apportera de nouveaux éléments sur l'évolution de l'application de la campagne «*Nous ne fumons pas aux HUG*» au niveau des patients et des collaborateurs des HUG.

1) Cluse-Roseraie (soins aigus), Pédiatrie, Maternité, Psychiatrie ; Beau-Séjour, Cesco, Loëx (long séjour, réhabilitation et soins palliatifs) et Les Trois-Chêne (réhabilitation et gériatrie).

Adresse mail de l'auteur:

florence.burri@hcuge.ch

«Apprendre les uns des autres: rétrospective»

Les articles suivants sont issus de la rencontre «Apprendre les uns des autres», organisée par l'OFSP en septembre 2006. Ces journées visaient à améliorer l'interface entre recherche et pratique. «dépendances» vous offre ci-après cinq contributions, qui permettront à ceux qui n'étaient pas présents de prendre connaissance de quelques-unes des plus intéressantes présentations. Ce supplément a pu être ajouté avec le soutien de l'OFSP, dans un souci de valorisation des résultats de ces journées.

Ambros
Uchtenhagen,
Institut de
recherche sur
la santé
publique et les
addictions,
associé à
l'Université
de Zurich

Nous récapitulons, à titre d'introduction, les innovations qui ont transformé la politique nationale de la drogue en Suisse depuis le début des années 90 (politique des quatre piliers, introduction du pilier réduction des risques, etc.), afin de montrer combien la production de connaissances et leur mise en pratique ont été importantes dans le processus. Le financement public de la recherche et de la formation et la création de plates-formes d'information et de rencontre ont joué un rôle essentiel. Nous formulons ensuite, pour les années à venir, des propositions visant à optimiser le transfert de connaissances en orientant davantage sur les besoins et la pratique la production de connaissances et leur utilisation dans la formation et en organisant des réseaux électroniques pour l'échange de connaissances et d'expériences. L'opération passe par des travaux de recherche ciblés sur le transfert.

Où en sommes-nous dans le transfert de connaissances?

Rétrospective

Il s'agit là d'une histoire à succès. Elle commence – comme c'est souvent le cas – par un défi quasi insurmontable. Les problèmes liés à la drogue étaient devenus incontrôlables, révélés au grand jour par les insupportables scènes ouvertes de nos grandes villes. Les outils disponibles pour la prévention, la thérapie et la répression ne suffisaient plus. Les autorités municipales et can-

tonales étaient incapables de s'entendre sur une stratégie. Pour finir, la plateforme politique commune du PRD, du PDC et du PS, dans le domaine de la drogue, jetait les bases d'une action nationale : le Conseil fédéral lançait en 1991 la politique des quatre piliers, aujourd'hui célèbre dans le monde entier et largement reconnue. Cette politique est parvenue depuis à franchir tous les obstacles – parlementaires et populaires – et sera ancrée dans la nouvelle loi sur les stupéfiants. Source en son temps de commentaires acerbes de la part de

différents pays de l'Union européenne, elle correspond aujourd'hui à la ligne politique officielle de cette dernière en matière de drogue.

Le caractère novateur de la politique nationale de la drogue ne résidait toutefois pas seulement dans l'introduction du pilier de la réduction des risques, ni dans la volonté de développer des concepts et des modes d'intervention nouveaux dans les quatre domaines, mais dans l'intention déclarée de documenter les effets des interventions et de la politique.

La recherche en a véritablement été «dopée». Pour mettre en œuvre et évaluer la politique nationale de la drogue, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a initié et/ou encouragé d'innombrables projets de recherche, notamment dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques, mais aussi afin de documenter la politique dans son ensemble. Il faut reconnaître que les moyens financiers mis à la disposition de la recherche étaient suffisants. L'OFSP a joué un rôle exemplaire dans ce processus. Ma rétrospective est donc admirative.

Les problèmes essentiellement d'ordre pratique appelaient une mise en pratique des résultats des travaux de recherche :

- L'OFSP a donc publié quatre volumes sur les projets qu'il a financés. Cette série est une mine de suggestions qui ont aussi trouvé un écho à l'échelle internationale.
- Le financement des programmes de formation (assuré par la Commission d'experts «Formation continue dans le domaine des dépendances», CFD). Cette commission a beaucoup contribué à la mise en œuvre des résultats de la recherche.
- Les deux conférences «Apprendre les uns des autres» ont naturellement elles aussi nourri le transfert de connaissances en tant que plateformes d'information et de rencontre pour les praticiens et les chercheurs.

Ces conférences ont été conçues pour être interactives et elles ont effectivement fourni des perspectives et permis des contacts. Mais elles ont surtout fonctionné à sens unique entre les milieux de la recherche et de la pratique. Il s'est également avéré que l'association des praticiens a été limitée dans la formulation des problèmes.

Aujourd'hui, les moyens financiers fournis à la recherche se sont raréfiés. On peut donc se demander si le concept «Apprendre les uns des autres» et si les autres manifestations de ce type ont encore un sens. Avons-nous encore assez de travaux de recherche intéressants à présenter et à partager avec ceux qui sont invités en tant

qu'utilisateurs? Quand je pense aux deux dernières conférences «Apprendre les uns des autres», deux choses me sautent aux yeux. Premièrement, elles étaient destinées essentiellement au transfert de connaissances. L'objectif était de discuter des nouveautés issues de la recherche avec leurs utilisateurs et de les leur expliquer. Mais c'est plutôt la question des besoins de formation et celle des lacunes dans les connaissances des utilisateurs qui ont été abordées.

Deuxièmement, le pilier de la répression n'a pas été suffisamment traité; la formation et l'échange d'expériences à ce sujet ont pris des chemins de traverse, alors qu'un échange interdisciplinaire aurait été particulièrement important. Il y a là un retard à rattraper.

L'interaction entre les quatre piliers n'a pas non plus trouvé son compte. Chacun travaille assidûment pour soi, mais les possibilités de collaboration mériteraient davantage d'attention.

Perspectives

Les conférences précitées ont donné matière à réflexion sur les possibilités d'optimiser le transfert de connaissances afin qu'il réponde mieux aux besoins, que les nouveautés soient exploitées systématiquement dans des formations spécifiques ciblées, qu'une coopération s'établisse entre praticiens et chercheurs au sein de réseaux thématiques, avec l'aide des outils électroniques. Ces préoccupations subsistent. Il n'existe encore aucun réseau digne de ce nom unissant les milieux de la pratique et de la recherche, ni de modèle fonctionnel permettant de cerner les besoins de formation, ni d'expansion des réseaux électroniques d'échange de connaissances et d'expériences (HeGeBe est une exception). Enfin, nous n'avons pas avancé en ce qui concerne la recherche sur le transfert ; nous ne savons pas comment la formation est dispensée sur le front de la pratique ni quelles conséquences elle a sur le niveau de compétence des institutions préventives, thérapeu-

tiques et consultatives.

Dans quelle mesure la pratique est-elle associée à la formulation des questions, objectifs et priorités de la recherche? Là aussi, il y a des progrès à faire. Les seules exceptions ont été et restent la collaboration institutionnalisée dans les domaines des thérapies résidentielles de longue haleine FOS et les traitements avec prescription d'héroïne PROVE/HeGeBe. L'idéal serait un circuit partant des besoins, passant ensuite dans les rouages de la recherche avant de revenir à la pratique. Une fois la boucle bouclée, il faudrait rendre compte de la manière dont les résultats de la recherche sont exploités.

Cette dernière section du circuit de la production et de l'application de connaissances mériterait également des améliorations diverses. C'est un peu mon cheval de bataille. Nous en savons bien trop peu sur ce qu'il advient des ressources qui sont engagées dans la formation et le transfert de connaissances. Ces connaissances sont-elles effectivement utiles à la base? Sont-elles suffisamment pragmatiques pour les praticiens? Contribuent-elles à améliorer la qualité et surtout l'efficacité des conseils, des traitements et de la prévention? Il y aurait là place pour des travaux de recherche sur le transfert, dont il existe des amorces à l'échelle internationale.

Quelques pas ont été faits avec le nouveau concept de la Commission d'experts « Formation continue dans le domaine des dépendances » (CFD) : les cours proposés sont complétés par des offres axées sur la pratique et il est possible de créer des cursus spécifiques. Il faut créer un profil de compétences de spécialiste des dépendances. Une évaluation détaillée des formes et systèmes étrangers de transfert de connaissances a abouti à la création d'un «international Think-Tank for continued Education and Training on Addiction (I-THETA)», qui doit servir de plate-forme à ses membres pour échanger leurs expériences formatives dans le domaine des dépendances.

D'autres préoccupations sont passées au premier plan: qu'entendons-nous par «bonnes pratiques»? Faut-il da-

vantage de directives éprouvées aux praticiens? Quelle latitude reste-t-il pour les solutions novatrices, non encore confirmées par la recherche, dans le domaine des dépendances? Quelles sont les connaissances nécessaires aux spécialistes des institutions de la santé et de l'aide sociale qui ne sont pas des spécialistes des dépendances, mais qui se trouvent confrontés en permanence aux problèmes des toxicomanes? Ces questions appellent une réponse.


Un coup d'œil sur la situation internationale le montre clairement: il existe une véritable fourmille de nouvelles «guidelines» ou plutôt directives sur ce que signifie «best practice» dans le traitement ou la prévention des troubles liés à la consommation de substances. De plus en plus de manuels d'application pratique atterrissent sur nos bureaux: il suffirait semble-t-il de les lire pour que les «best practices» soient assurées. Les manifestations telles qu'«Apprendre les uns des autres» sont-elles encore utiles? Il existe quelques travaux de recherche sur les objectifs de ces directives et sur leur véritable utilité. Les résultats sont impressionnants. Dans la majorité des cas concrets, les utilisateurs rencontrent de grosses difficultés dans la mise en œuvre des directives. En d'autres termes, une bonne pratique doit, à la différence des «best practices», qui reposent exclusivement sur des travaux de recherche éprouvés, tenir compte d'autres éléments que des fruits de la recherche. On pourrait citer en exemple l'acceptation des «best practices» par les personnes intéressées, mais aussi par les personnes qui travaillent avec elles. Vient s'y ajouter que tout ce qui est éprouvé aux États-Unis, dans des circonstances culturelles et des conditions de recherche données, ne peut être appliqué au mieux chez nous. Il y a encore beaucoup de travaux de recherche à mener sur l'application de connaissances transculturelles.

Il est tout aussi évident que la grande majorité des problèmes de dépendances ne sont pas examinés et traités par des spécialistes. Les institutions médicales et sociales de toutes natures, les autorités de poursuite pénale et d'exé-


cution des peines, les institutions et organisations de loisirs, ont toutes affaire aux problèmes de toxicomanie et aussi de dépendances qui n'ont rien à voir avec des substances, alors même que leurs collaborateurs ne sont pas suffisamment formés à cet effet. On ne sait pas encore assez ce dont ils ont besoin dans leur travail quotidien. Mais le nombre des projets concrets destinés à améliorer la situation et à concevoir une coopération utile entre spécialistes et non-spécialistes augmente à l'étranger. En 2005, l'Angleterre a ainsi mis en œuvre un plan national sur le développement de cette collaboration. Il convient de mentionner en conclusion l'un des grands projets existant dans le domaine du transfert de

connaissances, le projet «Treatnet» de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). Sur tous les continents de notre planète, des centres de compétence sont mis sur pied et développés pour régler le problème de la drogue à l'aide de programmes spéciaux. L'attention est fixée ce faisant sur la question de savoir comment ces programmes peuvent être perçus et adaptés culturellement. On pourrait en tirer des connaissances à destination des groupes de migrants vivant chez nous qui, pour des raisons diverses, ne profitent pas de nos prestations, avec tous les risques de chronification des problèmes qui s'ensuivent.

Publicité



SSPH+
Swiss State of Public Health



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Master of Advanced Studies (MAS) en
Santé publique
 septembre 2007 – juin 2010
 (inscription annuelle)

Formation interactive sur 3 ans •
En cours d'emploi • 5 séminaires annuels
d'une semaine chacun et suivi individuel •
60 crédits ECTS

■ **Formation innovante**
 Orientée sur les enjeux actuels de santé de la population
 Centrée sur les besoins de formation individuels des étudiants
 Visant la réalisation de projets de santé dans son propre milieu professionnel
 Intégrant la dimension de santé internationale

■ **Enseignement interactif**
 Réalisation de projets personnels
 Travail en groupe autour de problématiques transversales
 Acquisition d'outils de santé publique: communication, prévention et promotion santé, planification, épidémiologie, sciences sociales, etc.

Public Toute personne exerçant dans le domaine de la santé avec un titre universitaire ou jugé équivalent; tout professionnel de la santé avec expérience de travail

Coût CHF 8'000.- par année

Titre Master of Advanced Studies (MAS) en Santé publique de l'Université de Genève, reconnu par la FMH, la SSPH+ et l'ASPHER

Renseignements et inscriptions (avant le 25 mai 2007)
 F. WALKER – IMSP/CMU – 1211 Genève 4
 Tél: 022 379 59 21 – florence.walker@imsp.unige.ch

www.imsp.ch/dsp

www.unige.ch/formcont/santepublique

formation continue universitaire

dépendances 29

Jakob Hein,
hôpital Charité,
Berlin

L'auteur propose tout d'abord une vue d'ensemble sur la région de Berlin-Brandenburg, sur les problèmes d'addiction qu'on y rencontre ainsi que sur le système de prise en charge des dépendances et les travaux de recherche sur ce thème effectués dans les universités et les hôpitaux de la région (Charité, Humboldt-Universität, Freie Universität). Il présente ensuite le concept de la Suchtakademie Berlin-Brandenburg. Il s'agit d'une table ronde autour de laquelle se retrouvent, chaque mois, des acteurs des horizons les plus divers pour discuter de problèmes de dépendance et dont les mots-clés sont spécialisation des participants, liberté de parole et interconnexion de la recherche et de la pratique.

La Suchtakademie de Berlin-Brandenburg, au carrefour d'un réseau étendu

Berlin-Brandenburg se situe à environ 900 km au nord-est de Berne. La ville de Berlin, qui compte 3,4 millions d'habitants, est entourée par le Land de Brandenburg, ce dernier englobant donc aussi le Speckgürtel, c'est-à-dire la banlieue de Berlin.

Les problèmes d'addiction et le système d'aide de la région de Berlin-Brandenburg

Il n'y a pas de grande différence entre les problèmes de dépendance de Berlin et ceux que l'on rencontre dans le Brandenburg. Les dépendances à l'alcool et à la nicotine sont incontestablement les deux addictions les plus répandues, la première relevant de l'alcoolisme et pas seulement d'un problème de boisson. Boire de l'alcool est une habitude culturelle fortement ancrée dans la région, ce qui implique de nombreux problèmes. Concernant

la dépendance aux médicaments, les chiffres à notre disposition montrent que le Land de Brandenburg est légèrement moins touché. La dépendance aux opiacés, elle, est nettement plus présente à Berlin.

L'Allemagne dispose d'un système traditionnel très développé de prise en charge des dépendances que l'on pourrait qualifier de «chaîne de la dépendance». Pour différentes raisons, la collaboration entre les différents maillons de cette chaîne n'est malheureusement pas toujours optimale. La région dispose notamment d'une offre de soins résidentiels qui comprend entre autres des programmes de désintoxication et qui relève directement de la compétence de la région. Une personne dépendante souhaitant commencer un traitement doit être prise en charge par un hôpital auquel est rattaché son domicile. Plusieurs offres de traitement semi-hospitalier sont également à la disposition des habitants de Berlin-Brandenburg, de même que quelques services hospitaliers de médecine interne et de chirurgie qui se sont spécialisés dans le

traitement des dépendances. C'est vers ces structures que se tournent les personnes dépendantes ne souhaitant pas être stigmatisées en bénéficiant d'un traitement spécifique.

Les soins ambulatoires sont plus rares: seuls quelques services hospitaliers et cabinets médicaux proposent ce type de soins. Cette situation reflète le problème de la prise en charge des coûts, les caisses-maladie n'étant malheureusement pas très ouvertes à la nouveauté. Elles jouent un rôle majeur dans le domaine du traitement des dépendances, car ce sont elles qui, par le biais de l'acceptation de prise en charge, ont pour ainsi dire «droit de vie et de mort» sur les nouveaux traitements. Il existe aussi dans notre région une offre de réadaptation, dont la prise en charge est garantie contractuellement par les caisses de retraite, qui partent du principe qu'en traitant suffisamment tôt une personne dépendante, on évite qu'elle ne prenne une retraite anticipée.

La région de Berlin-Brandenburg compte par ailleurs une offre de soins psychosociaux. Chaque arrondisse-

ment dispose ainsi d'un centre de consultation; ceux-ci subissent depuis peu une pression financière élevée et doivent prouver leur efficacité. Quelques entreprises offrent en outre des prestations de soutien en cas d'addiction. Enfin, les personnes dépendantes ont accès à des services d'urgence psychiatriques et à d'autres prestations d'assistance comme une consultation sur le surendettement et des résidences avec encadrement qui leur sont réservées. Sans oublier les nombreux groupes d'entraide, certes difficilement atteignables du fait de leur organisation décentralisée, mais ô combien précieux avec les innombrables projets locaux qu'ils mettent en œuvre avec compétence et engagement.

La recherche sur la dépendance dans la région de Berlin-Brandenburg

L'hôpital Charité est le plus grand hôpital universitaire d'Europe et entend devenir une véritable référence dans le domaine des sciences de la vie. Il dispose de nombreuses facultés et instituts travaillant dans les domaines de la recherche fondamentale et de la recherche clinique. Les travaux sur la dépendance ne se concentrent pas seulement sur la recherche psychiatrique classique mais englobent également, entre autres, la recherche neurobiologique, sur les récepteurs cannabinoïdes par exemple, et la recherche gastroentérologique sur l'adiposité. La Humboldt-Universität et la Freie Universität étudient elles les dépendances à une substance et les dépendances à un comportement. Tous les domaines sont concernés, y compris la dépendance au jeu et la dépendance à Internet. La recherche et l'innovation sont considérées comme la principale chance d'avenir de la région.

Au niveau politique, le fédéralisme allemand se traduit par une grande complexité. Dans notre pays, en effet, la répartition des compétences est principalement régionale, c'est-à-dire qu'elle se fait au niveau des Länder. Il existe ainsi des offices de lutte contre les dépendances (Landesstellen gegen die Suchtgefahren) et des responsables régionaux des problèmes de drogues (Landesdrogenbeauftragte). Berlin dispose par ailleurs d'un Sénat et d'autorités sanitaires. Viennent s'ajouter, au niveau national, les autorités sanitaires fédérales (Bundesgesundheitsbehörden) et les responsables fédéraux des problèmes de drogue (Bundesdrogenbeauftragte), qui se trouvent depuis peu aussi à Berlin. S'agissant du domaine de la répression, c'est-à-dire des niveaux policier et judiciaire, qui bénéficient en principe des moyens les plus importants dans le domaine de la lutte contre les dépendances, les travaux de recherche, notamment les études sur l'efficacité des mesures de répression, sont malheureusement très rares.

Le concept de la Suchtakademie Berlin-Brandenburg

Le concept de la Suchtakademie est très simple. Il s'agit d'organiser, non pas de manière ponctuelle, mais régulièrement et durablement, une table ronde afin de réunir tous les acteurs précités et de favoriser les échanges. Axée sur la recherche et l'innovation, celle-ci se caractérise par l'absence de toute dimension hiérarchique lors des discussions tout en conservant son orientation académique.

Nous organisons des rencontres mensuelles ainsi que des cours de formation continue. Nous invitons par ailleurs régulièrement des personnalités du domaine des dépendances à venir présenter un exposé, qui est suivi

par une discussion en plénum. Le comité de l'académie est paritaire : tous les secteurs, tous les types d'organisation et toutes les catégories professionnelles y sont représentés par des experts disposant au moins de cinq années d'expérience dans le domaine des dépendances. Il s'agit donc d'une véritable rencontre de spécialistes qui cherchent les échanges et non les conflits.

Tous les ans, nous organisons en outre, dans le cadre de la Suchtakademie, un congrès international, qui sera consacré cette année au thème de la consommation de drogues chez les jeunes. Les chercheurs et les acteurs du domaine des dépendances réservent un accueil très positif à cette manifestation. Enfin, nous participons à de nombreux congrès internationaux et préparons des conférences de presse nationales sur un thème spécifique issu de notre domaine de compétence.

Le concept de la Suchtakademie a fait ses preuves. En effet, si tous les participants travaillent à Berlin et dans sa périphérie et pourraient donc se parler quotidiennement, ils ne le font pas par manque de temps. La Suchtakademie leur offre une plateforme mensuelle de communication, qui permet d'obtenir des informations auxquelles ils n'auraient pas accès, tout au moins pas directement.

Nous disposons d'un site Internet à l'adresse www.suchtakademie.de. Je ne peux que vous recommander d'appliquer ce concept à la Suisse. Le nom de domaine www.suchtakademie.ch est d'ailleurs encore disponible!

Adresse postale:
Suchtakademie Berlin-Brandenburg
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Charitéplatz 1
D-10117 Berlin

*Professeur
Jacques Besson,
chef du service
de psychiatrie
communautaire,
Centre
Hospitalier
Universitaire
Vaudois,
Lausanne*

Partant d'un idéal de savoir global, l'auteur évoque les expériences de transfert de connaissances collectées dans le cadre de la mise en place de différents réseaux de recherche et de traitement des dépendances en Suisse romande. L'exemple du Collège Romand de Médecine de l'Addiction (Coroma) illustre l'idéal d'un collègue de spécialistes des dépendances au service de la collectivité, ayant une approche interdisciplinaire et une orientation à la fois scientifique et pratique. Retrouver le transfert appelle une perception globale du savoir et la mise en réseau des connaissances au sein de centres de compétences et de références en matière d'addictologie.

A la recherche du transfert perdu

Qu'avons-nous perdu quand nous parlons aujourd'hui de transfert de connaissances? Je pense que nous avons tous la nostalgie d'un certain humanisme, celui d'illustres ancêtres comme Léonard de Vinci, qui avaient encore une vision globale du savoir à disposition à leur époque. Je dis «nostalgie», car cette époque est bel et bien révolue lorsqu'on voit les nombreux domaines où le savoir est «écartelé».

L'humanisme du savoir global

Le domaine des addictions est lui aussi victime de très nombreux clivages empêchant une vue globale et une approche coordonnée. La perception de la dépendance diffère dans chaque domaine, scientifique, pratique, médical, social, résidentiel, ambulatoire, et selon qu'elle se fonde sur une réflexion clinique ou morale, et que la dimension soit régionale ou internationale.

Pendant mes trois ans au poste de vice-recteur de l'Université de Lausanne, responsable de la recherche, je me suis souvent demandé à quoi servait l'université. Quelle est sa mission, ses priorités et son avenir? Je suis persuadé que l'une de ses tâches prioritaires est de retrouver l'humanisme dont j'ai parlé plus haut. Il est indispensable de combiner les aspects quantitatifs et qualitatifs, notamment dans le domaine de la recherche sur les dépendances, si l'on veut garantir une approche à la fois scientifique et pratique.

Le modèle lausannois de la consultation multidisciplinaire sur l'alcoolisme

Retraçons brièvement les étapes de notre réflexion sur l'alcoolisme en Suisse romande. Tout a commencé en 1985 avec le modèle de la consultation multidisciplinaire de la douleur. A l'époque, la clinique universitaire de

Lausanne proposait une consultation destinée aux patients souffrant de douleurs chroniques et dont la particularité était de proposer à ces patients les services d'une équipe composée de neurologues, de psychiatres, d'infirmières, d'anesthésistes, etc. Ce modèle m'avait tellement impressionné que nous l'avons appliqué à la consultation destinée aux personnes alcooliques: les unités médicales et psychiatriques de l'Université ont collaboré avec l'Armée du Salut, qui possède une petite clinique et un service social à Lausanne. Ainsi est née la consultation multidisciplinaire d'alcoolologie, dont le développement s'est poursuivi au sein d'un projet soumis à évaluation à Lausanne. Ladite évaluation, financée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a pu démontrer l'efficacité du modèle. Depuis 2000, il existe donc un Centre multidisciplinaire de traitement en alcoolologie au sein de la division d'abus de substances du CHUV. Il a donc fallu quinze ans pour que le concept de traitement multidisciplinaire devienne réalité.

Le modèle de *one-point-shopping center* du Centre Saint-Martin

Dans le domaine des drogues illégales, le canton de Vaud avait pris un certain retard dans la mise en œuvre du modèle des quatre piliers de la politique fédérale de lutte contre la toxicomanie. La prise de conscience a débuté avec la menace d'une épidémie du sida. Dès 1990, avec Charles Kleiber, qui dirigeait à l'époque le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, nous avons reçu des fonds pour lancer une évaluation des besoins relatifs à un réseau de traitement de la toxicomanie. Et ce qu'il fallait, c'était justement une collaboration efficace entre les différents acteurs de la lutte contre ce fléau.

L'Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie (AVMCT), qui a vu le jour en 1995, compte 123 membres. Il s'agit de quelque sorte du syndicat des médecins de la région qui s'intéressent au problème de la drogue. En 1996, les pressions exercées par cette association et la mise en évidence des besoins ont permis de créer, avec l'aide du Canton de Vaud, le Centre Saint-Martin à Lausanne. Ce centre, le premier du genre, peut être qualifié de *one-point-shopping-center*. Le principe est le suivant: en entrant à Saint-Martin, on a automatiquement accès à l'ensemble du réseau traitant de la région. On peut y voir les prémices d'une *Suchtakademie*¹. L'orientation du centre est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, c'est-à-dire qu'on y trouve des médecins, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et des pédagogues ayant tous des affiliations universitaires. Le centre fait aujourd'hui partie intégrante du réseau lausannois de traitement des dépendances.

En 1998, ce fut au tour du centre Calypso d'ouvrir ses portes. Cette unité cantonale de sevrage a également contribué à accélérer la réflexion sur les addictions. Nous avons pu y effectuer des recherches sur les thèmes de la désintoxication et du sevrage, qui se

sont révélées très utiles dans notre travail de tous les jours. On peut notamment citer une étude sur les sevrages rapides de la dépendance aux opiacés sous anesthésie générale. Dans ce cas précis, si l'expérience n'a pas été concluante, puisque le sevrage sous anesthésie générale n'apporte aucun avantage, ce projet a contribué à promouvoir les échanges interdisciplinaires entre médecins, pharmacologues et autres experts.

La mise en place de centres de compétences et de centres de référence interdisciplinaires: l'exemple du COROMA en Suisse romande

Ici aussi, le projet se fonde sur le modèle de la *Suchtakademie*: il s'agit de mettre sur pied des centres de compétences et de références interdisciplinaires interconnectés ayant les objectifs suivants:

- Premièrement, apporter un soutien aux médecins généralistes et plus précisément aux médecins qui se trouvent au début la chaîne de traitement des dépendances (médecins de premier recours). Souvent totalement livrés à eux-mêmes, ils ont besoin de ressources psychosociales pour pouvoir traiter leurs patients de manière appropriée, notamment dans le cas des traitements substitutifs.
- Deuxièmement, apporter un soutien aux centres de traitement résidentiel des dépendances et aux centres de réadaptation, dont les patients ont de nombreux problèmes d'ordre médical et psychosocial.
- Enfin, apporter un soutien aux médecins cantonaux. Il s'agit notamment d'optimiser la collaboration entre le domaine médical et le domaine judiciaire.

Avec nos collègues genevois, nous avons par ailleurs mis sur pied dans le canton de Vaud un programme de formation continue destiné à la Suisse romande et financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Baptisé dans un premier temps

MeDroTox, ce programme s'appelle désormais Collège Romand de Médecine de l'Addiction (Coroma).

Dans le canton de Vaud, nous continuons sur la voie sur laquelle nous sommes engagés. Actuellement, nous réfléchissons à la meilleure façon de coordonner ce réseau avec la chaîne thérapeutique de traitement des dépendances qui existe au niveau cantonal. Quel patient reçoit quel traitement, à quel moment et à quel coût? Telles sont les questions qui appellent des réponses politiques, économiques, juridiques et éthiques. Ce matching fait l'objet d'un programme qui a débuté en octobre 2006 dans notre canton.

La mise en réseau des connaissances, objectif prioritaire

D'un point de vue scientifique, car il s'agit ici d'échanges et de transfert de savoir, quels sont les avantages que présente un système de référence interconnecté? L'exemple de Lausanne montre tous les enseignements qu'on a pu tirer de la recherche sur l'épidémiologie psychiatrique, et plus précisément sur les comorbidités psychiatriques. La collaboration avec les biochimistes et les psychopharmacologues, qui a porté entre autres sur la génétique de la méthadone et sur la mise au point de nouveaux médicaments destinés au traitement des dépendances, s'est également montrée très fructueuse. Nous avons en outre travaillé avec l'Institut de médecine sociale et préventive, qui a évalué notre travail et apporté un regard extérieur précieux. La médecine légale est elle aussi présente dans notre réseau; elle nous apporte son soutien dans le domaine des marqueurs et dans le cadre des expertises pour les tribunaux. Quant à nos collègues du domaine de la santé communautaire, ils nous ont beaucoup appris, notamment sur les populations à risque. Ce sont des connaissances que nous pouvons également exploiter au Centre Saint-Martin dans la consultation spécialisée sur le SIDA, laquelle travaille avec

la clinique universitaire, autre maillon de la chaîne de savoir. Nous avons ainsi élaboré trois protocoles de recherche pour le traitement de l'hépatite C et un programme relatif à la tuberculose.

Les sciences humaines ne sont pas en reste. Il existe, au sein du Département de psychiatrie du CHUV, un institut de psychothérapie qui effectue actuellement plusieurs réflexions sur l'indication de la psychothérapie chez les toxicomanes. Ces études sont absolument indispensables, car il y a de nombreux malentendus sur les psychothérapies, sur ce qu'elles peuvent apporter et surtout dans quels cas et à quel moment elles doivent être prescrites. Enfin, il ne faut surtout pas oublier de mentionner le Pôle de neurosciences de l'Université de Lausanne, qui contribue à promouvoir la recherche interdisciplinaire entre les Hautes Ecoles et la place lausannoise. La communication entre les neurosciences et la psychiatrie n'est pas facile, les perceptions de leurs représentants étant diamétralement opposées. Il est pourtant essentiel d'établir le dialogue entre les neurosciences et les sciences humaines. Si nous arrivons à comprendre les processus neurobiologiques du cerveau comme le long term potentiation, nous arriverons à expliquer des processus fondamentaux du cerveau, comme la plasticité neuronale. Comprendre ces processus constituera une avancée révolutionnaire dans le domaine des connais-

sances sur le comportement en général et sur le comportement en cas de dépendance en particulier. Dans ce domaine, les travaux menés en collaboration avec l'EPFL sur l'imagerie du cerveau revêtent également une grande importance. Ces différents projets permettent de jeter des ponts entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et de constituer une chaîne de la recherche, du rat de laboratoire à la consultation de rue.


Il convient d'ajouter que le Département de psychiatrie de l'Université de Lausanne accueille un nouveau service de psychiatrie communautaire. Il s'agit de mettre en place un système régional de soins disposant de trois services psychiatriques pour adultes: la psychiatrie générale, la psychiatrie de liaison et, depuis peu, la psychiatrie communautaire. Ce système comprend tous les services nécessaires au traitement des dépendances, les services de psychiatrie mobile sans oublier l'ensemble des services de réadaptation. 150 personnes travaillent ainsi dans la région de Lausanne. Il a par ailleurs été possible, sur la base d'une convention réglant le partenariat entre la psychiatrie et les services régionaux de médecine générale, de mettre sur pied une collaboration, très intéressante d'un point de vue éthique, entre ces services. Service public et service universitaire se tiennent pour ainsi dire à la disposition des médecins généralistes, des services sociaux et des institutions non spécialisées.

Le concept global de l'addictologie (ou sciences de la dépendance)

Quelle est la synthèse de la présente analyse? Je pense qu'elle se résume en un mot: l'addictologie. Le suffixe «logie» vient du grec logos qui désigne les sciences et les études méthodiques, c'est-à-dire l'analyse et l'évaluation des expériences collectées par le biais de procédés scientifiques. C'est en fait le evidence-based des Grecs. Ce type d'approche est totalement adapté dans le cas des dépendances, car celles-ci se trouvent au carrefour body, brain, mind and soul. Tout est pertinent pour la recherche sur les dépendances. Les addictions sont profondément psychosomatiques et psychosociales et les problèmes correspondants constituent de véritables défis pour l'ensemble de la médecine et les institutions socio-sanitaires de demain. Seule une prise en charge collective et interdisciplinaire apportera des solutions. Les addictions posent la question du sens de la vie et nous obligent à considérer l'intelligence comme collective. A cette condition, le transfert peut être retrouvé!

1 Collègue de spécialistes de la dépendance. Voir à ce propos l'article de Jakob Hein.

Ne restez pas seul avec
un problème d'alcool.

 Ligue valaisanne
contre les toxicomanies

 VILLA FLORA

Centre de traitement de l'alcoolisme - Sierre - Chemin des Cyprès 4 - 3960 Muraz - 027 455 75 51

Jürgen Rehm,
Institut für
Sucht- und
Gesundheits-
forschung,
Zurich, Suisse¹

En partant des preuves de l'efficacité de mesures de politique de l'alcool tablant sur la prévention structurelle, l'accent est mis sur le carrefour entre connaissances globales sur l'alcool et application locale d'un savoir général basé sur des données probantes. Des exemples de «bonnes pratiques» reconnues dans le monde entier sont présentés et discutés quant à leurs possibilités d'application en Suisse. L'auteur incite à transférer au contexte local, en faisant preuve de créativité, les connaissances, les mesures et les principes dont l'efficacité pour réduire les dommages dus à l'alcool est avérée.

Penser globalement, agir localement: prévention structurelle dans les systèmes locaux et régionaux

La consommation d'alcool est un facteur de risque majeur. Le lien causal a ainsi pu être établi pour plus de 60 maladies ou blessures définies dans la CIM (Rehm et al., 2003). En outre, la plupart des effets de l'alcool sur la santé sont négatifs. Il joue un rôle important dans la genèse de ces maladies, ou du moins il en influence l'évolution. La principale exception est due aux maladies ischémiques (p. ex. maladies cardiaques coronariennes) pour lesquelles, le cas échéant, certains modèles de consommation (régulière, strictement limitée) auront des effets bénéfiques. Quoi qu'il en soit, les conséquences négatives l'emportent de loin dans le bilan d'ensemble.

Comme l'a montré une étude de l'Organisation mondiale de la santé

passant en revue les principaux facteurs de risque à travers le monde, l'alcool présente dans les économies de marché établies – comme la Suisse – la plus forte prévalence après la fumée et la pression sanguine (OMS, 2002; Ezzati et al., 2002). Plus de 9% de la charge de morbidité dans ces pays est imputable à la consommation d'alcool. En Suisse, la charge de morbidité due à l'alcool a été estimée à 8,8% en 2002 (soit 12,9% chez les hommes et 4,2% chez les femmes; Rehm et al., 2006). Tous ces chiffres sont calculés net, autrement dit en tenant compte des effets positifs de la consommation d'alcool sur les maladies.

De même, le fardeau économique de la consommation d'alcool est énorme. Son coût social est estimé à 6,7 milliards de francs par an (Jeanrenaud et al., 2003). Il n'est d'ailleurs pas seulement imputable, contrairement à

une idée largement répandue, au phénomène de l'alcoolodépendance. Les cas où la consommation est socialement admise et ne relève donc pas de l'addiction génèrent également des coûts élevés. En particulier, les accidents dus à l'alcool sont souvent causés par des personnes qui, sans être alcoolodépendantes, ont trop bu à une occasion particulière.

Au vu de ce qui précède, il n'est guère étonnant que depuis plusieurs années l'OMS encourage les pays à intervenir pour réduire leur charge de morbidité et leurs problèmes sociaux dus à l'alcool. De telles politiques publiques peuvent être fructueuses, comme l'ont montré des chercheurs dans une analyse portant sur les preuves empiriques de l'efficacité des mesures relevant de la politique de l'alcool (Babor et al., 2005). Le présent article tente d'esquisser des approches concrètes pour la Suisse.

Conclusions générales sur l'efficacité des mesures de la politique en matière d'alcool

L'ouvrage «Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik» (Babor et al., 2005, p. 278s) indique dans des tableaux les mesures de la politique en matière d'alcool dont l'efficacité a été dûment prouvée. Plusieurs critères ont conduit au choix des mesures recommandées:

- Effectivité: l'efficacité de la mesure à réduire les problèmes liés à l'alcool est-elle prouvée?
- Solidité de la base empirique: combien d'études sont-elles parvenues à montrer l'effet en question?
- Potentiel d'adaptation transculturelle: la stratégie a-t-elle déjà été utilisée avec profit dans différentes cultures?
- Coûts de mise en place et d'exécution: quel est le rapport entre, d'une part, le coût d'obtention de l'effet visé et, d'autre part, le coût qu'impliqueraient d'autres mesures?

Une liste de bonnes pratiques (voir tableau 1) constitue une synthèse de la question.

Tableau 1: Politique en matière d'alcool: bonnes pratiques recommandées, d'après «Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik»

Les possibilités d'adapter ces mesures au contexte suisse ont été analysées (voir Gruppe Schweizer Alkoholpolitik, 2005). Il est clairement apparu que la plupart des mesures identifiées comme efficaces relèvent de la prévention structurelle. Les caractéristiques de la prévention structurelle sont les suivantes:

- Orientation système. La prévention structurelle vise à influencer les conditions sociales, culturelles, juridiques et économiques de la consommation (jugée problématique) d'une substance, et non à influencer l'attitude, les compétences ou les comportements des individus.
- Objectifs relevant de la santé publique. Il s'agit en premier lieu de réduire les dommages causés par une substance ainsi que la prévalence parmi la population. La thérapie individuelle n'est pas prioritaire dans la prévention structurelle.
- Stratégies à dimension politique. Les stratégies de prévention structurelle diffèrent ainsi de celles de prévention comportementale, où l'approche est plutôt pédagogique.

A première vue, les mesures de prévention structurelle figurant dans le tableau se situent presque toutes à l'échelon national. En Suisse, la législation concernant la politique des transports ou l'introduction d'un âge minimum obligatoire pour l'achat de boissons alcooliques relèvent de la

compétence du gouvernement fédéral. Toutefois, un examen plus attentif révèle que beaucoup de mesures devraient être introduites ou réalisées à l'échelon régional voire local. La section qui suit porte essentiellement sur les aspects régionaux ou locaux liés à l'introduction et à la réalisation des mesures de la politique en matière d'alcool.

Penser globalement, agir localement: exemples choisis de prévention structurelle dans des systèmes locaux ou régionaux

Il existe une forte corrélation entre la facilité d'accès aux boissons alcooliques et l'apparition de dommages dus à l'alcool. Comme exemples de bonnes pratiques, on peut citer un régime de monopole étatique ou la limitation des heures de vente (voir Babor et al., 2005). Une région ne peut bien entendu se substituer au législateur et édicter de telles mesures. En revanche, il lui est parfaitement possible d'en reprendre le principe, en fonction de sa situation particulière. Un exemple australien le montre bien.

Consommation d'alcool et bagarres

Une destination touristique était le théâtre de nombreuses bagarres dues à l'alcool. Une solution a été trouvée au niveau régional, sous l'appellation de «Geelong accord». Concrètement la police locale et les tenanciers de bars ont défini des règles visant à empêcher les gens de faire la tournée des bars (bar hopping) pour se soûler. Les mesures suivantes ont été convenues, testées puis appliquées:

- entrée payante dès 23 heures, sans possibilité de revenir plus tard;
- interdiction de l'heure de l'apéritif (*happy hour*); à aucun moment, des exceptions permettant de vendre moins cher des boissons alcooliques ne sont admises;
- règles contraignantes sur la vente d'alcool (p. ex. pas de vente aux mineurs ou aux personnes ivres).

Par la suite, les bagarres ont durablement diminué de 30 à 40% par soirée.

Bonnes pratiques

- Contrôles systématiques de l'alcoolémie dans le trafic routier (tests à l'éthylomètre)
- Abaissement du taux d'alcoolémie autorisé dans le trafic routier
- Retrait du permis de conduire en cas d'infraction à cette disposition
- Permis de conduire à l'essai pour les débutants
- Age seuil pour l'accès aux boissons alcoolisées
- Monopole étatique de vente au détail
- Limitation des heures d'ouverture des points de vente
- Limitation du nombre de points de vente
- Imposition de l'alcool
- Interventions brèves d'experts auprès des consommateurs à risque

L'Australie est loin d'ici, et dans tout débat sur les politiques publiques en matière d'alcool, les adversaires objectent que de telles mesures ne s'appliquent pas en Europe, et en Suisse notamment. La consommation responsable d'alcool aurait une longue tradition ici et ne serait donc pas liée à la violence. Or cette affirmation est fautive. Car en dépit des différences culturelles, la relation entre alcool et violence existe bel et bien en Europe aussi (Room & Rossow, 2002), sous forme de lien causal que la biologie explique en partie (Rehm et al., 2003). Un travail de maîtrise a récemment montré que la violence due à l'alcool est une réalité dans les bars zurichoïses. Il est donc permis de supposer que les mesures susmentionnées visant à réduire la violence alcoolisée dans les bars auraient aussi leur utilité en Suisse.

Politique locale en matière d'alcool: l'exemple de la clause du besoin

La clause du besoin des cantons est intéressante dans ce contexte. Il s'agit d'un régime d'autorisation définissant le nombre maximum d'établissements dans l'hôtellerie-restauration, en fonction du nombre d'habitants, et subordonnant l'octroi d'une nouvelle autorisation à son respect. Tous les cantons, à une exception près, ont supprimé la clause du besoin ces dernières années, souvent en arguant qu'une telle réglementation était désuète et contraire aux libertés fondamentales. Pourtant le lien entre la densité des points de vente d'alcool et les blessures dues notamment aux accidents de la route est clairement démontré (voir Babor et al., 2005). A tel point que d'autres pays, comme des régions des Etats-Unis et du Canada, font aujourd'hui valoir la clause du besoin pour réduire le nombre de blessures, parfois fatales, dues à l'alcool. Son introduction s'est d'ailleurs notamment faite au nom des droits civils. En effet, les nouvelles réglementations visent à permettre aux

citoyens de fixer la densité des débits de boissons alcooliques pouvant être autorisée dans leur commune. Dans bien des cas leur nombre a chuté par la suite, conformément à la volonté des habitants.

Un autre exemple similaire d'application de principes généraux sous forme de mesures locales, régionales ou, en Suisse, cantonales, réside dans le refus d'autoriser la vente d'alcool lors de manifestations, sportives notamment. Un tel refus est parfaitement envisageable au niveau local. Ces exemples concourent à illustrer un principe général, à savoir qu'il est possible d'adopter des mesures cantonales ou locales pour limiter la présence d'alcool et les dommages qui s'ensuivent.

La protection de la jeunesse, mesure locale pour combattre les problèmes d'alcool

La protection de la jeunesse est un autre exemple témoignant de l'importance des mesures cantonales ou locales. Il a beau s'agir de dispositions fédérales, elles comportent un volet d'exécution local. Or on voit dans la pratique que la plupart des cantons contrôlent trop rarement que les dispositions légales sur la vente et le débit d'alcool aux jeunes soient bien respectées. En outre les infractions débouchent trop rarement sur une peine, et encore la sanction est souvent trop légère pour être dissuasive. Expérience à l'appui, une protection efficace de la jeunesse ne saurait se limiter à l'affichage de pancartes de mise en garde.

Là encore, la protection de la jeunesse montre que l'exécution ainsi que le contrôle se font au niveau cantonal ou local. Ces deux facteurs sont absolument cruciaux pour garantir l'efficacité des lois ou réglementations de la politique en matière d'alcool (Babor et al., 2005). A titre d'exemple, l'impact du taux d'alcoolémie limite admis en matière de circulation routière dans un pays dépendra dans une large mesure de l'intensité des vérifi-

cations effectuées, à commencer par les contrôles routiers pratiqués au moyen d'un éthylomètre. Et la mise en place de telles mesures en Suisse se fait souvent au niveau cantonal ou communal.

Conclusions

Les mesures de prévention structurelle se sont avérées efficaces pour réduire les dommages dus à l'alcool et sont nécessaires en Suisse, étant donné la forte morbidité qui s'ensuit. Même si souvent de telles mesures impliquent des lois ou des réglementations nationales, les cantons et les communes ont un rôle important à jouer. D'une part, ils interviennent dans la mise en œuvre et l'exécution des mesures de prévention structurelle et, d'autre part, il est parfaitement possible d'adopter au niveau cantonal ou communal des mesures permettant de réduire les dommages liés à l'alcool. En l'occurrence, il s'agit de faire preuve de créativité pour adapter au contexte local les principes dont l'efficacité a été démontrée ailleurs.

1 Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada
Public Health Sciences, University of Toronto, Canada
Technische Universität Dresden, Allemagne

Bibliographie:

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., & Rossow, I. (2005, paru en anglais en 2003). Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen, etc.: Hogrefe.
Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Horn S, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet, 360:1347-1360.
Gruppe Schweizer Alkoholpolitik (2005). Alkoholpolitische Massnahmen

in der Schweiz 2004 – was ist realisiert und was bringt die Zukunft? In: Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., & Rossow, I. Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik (pp. 334-344). Göttingen, etc.: Hogrefe.

Jeanrenaud, Claude et al. (2003). Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse.

Jeanrenaud, Claude et al. (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final.

Rehm, J., Roerecke, M., & Patra, J.

(2006). Alcohol attributable mortality and burden of disease in Switzerland – Epidemiology and recommendations for alcohol policy. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction (Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Nr. 214).

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C.T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - An overview. *Addiction*, 98(10), 1209-1228.

Room, R. & Rossow, I. (2001) The sha-

re of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 6, 218-228.

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2002). Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS.

Adresse de correspondance:
Prof. Dr Jürgen Rehm, ISGF,
Konrad-strasse 32, 8031 Zurich,
courriel: jtrehm@aol.com

Conférence nationale sur les substitutions (NASUKO 2007)

Substitution pour héroïnomanes – Voie sans issue ou porte de sortie?

6 et 7 septembre 2007 à Berne

Objectifs

Cette conférence veut établir un bilan de l'état actuel des traitements de substitution en Suisse, en comparaison internationale. Elle abordera autant les questions concrètes posées par cette forme de traitement que les implications des nouvelles découvertes scientifiques. Une offre variée d'ateliers permettra d'approfondir différents aspects liés aux programmes de substitution et faire dialoguer tous les spécialistes du réseau d'aide.

Publics cible

La conférence s'adresse non seulement à tous les médecins impliqués dans les traitements de substitution, mais également à tous les professionnels concernés: travailleurs sociaux, personnel soignant, psychologues, pharmaciennes et pharmaciens, agent-e-s de policiers, représentant-e-s communaux, cantonaux et fédéraux chargés des questions sanitaires et sociales.

Vous trouvez toute l'information actualisée sous: www.nasuko2007.ch

Contact: rene.stamm@bag.admin.ch

«Recherche et pratique dans le domaine des dépendances: l'une ne va pas sans l'autre»

Entretien avec Thomas Zeltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique

Marina Villa: Monsieur Zeltner, quel est le rôle de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans la politique en matière de dépendances?

Les problèmes de dépendance dépassent la sphère privée, raison pour laquelle l'OFSP est chargé d'élaborer une politique à l'échelon fédéral. Il est prévu que nous soumettions le «Programme national alcool» au Conseil fédéral cet automne encore. Selon nous, il faut mettre en place un train de mesures spécifiques et renforcer la responsabilité individuelle pour que la prévention soit efficace. Et il faut évidemment recourir à des mesures structurelles, par exemple, pour mieux réglementer le marché. Dans les programmes relatifs au tabagisme, à l'alimentation et à l'exercice physique que nous sommes en train d'élaborer, nous planchons également sur des mesures structurelles. Dans le domaine des drogues illégales, nous souhaitons préserver les acquis en les inscrivant dans la loi par le biais de la révision partielle de la loi sur les stupéfiants. Elaborer une approche globale du problème de la dépendance, toutes substances confondues, constitue également l'un de nos grands projets.

Quelle est l'importance de la recherche dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique en matière de dépendances?

La recherche joue un rôle essentiel. Il faut en effet disposer de données, d'éléments et de résultats scientifiquement prouvés pour faire entendre sa voix dans une discussion concernant un marché très lucratif et où nombre d'arguments invoqués se basent sur des systèmes de valeurs ou des idéologies. A titre d'exemple: d'après les résultats de la re-

cherche, il est erroné d'affirmer que la remise de matériel d'injection aux toxicomanes encourage la consommation de drogues. Par contre, on peut dire que la distribution de seringues a permis de faire baisser le taux d'infections liées au VIH et au sida. La recherche est donc essentielle car elle fournit des bases scientifiques indispensables, en particulier dans les domaines controversés et soumis à d'importants rapports de force.

Dans quels domaines doit-on renforcer la recherche?

Il y a différents domaines dans lesquels des recherches sont nécessaires, comme l'alimentation et la surcharge pondérale.

Quels sont les moyens dont l'OFSP dispose pour la recherche?

En 2004, nous disposions de 38 millions de francs. Aujourd'hui, ce budget n'est plus que de 28 millions et il diminuera encore chaque année de 1 à 2%. Au niveau national, 900 millions de francs sont consacrés à la prévention. Ces fonds proviennent entre autres des communes, des cantons, du Fonds de prévention du tabagisme et de Promotion Santé Suisse. C'est une somme non négligeable si elle est utilisée de manière ciblée.

Revenons aux sujets de cette conférence. Quelle importance l'OFSP attache-t-il à une telle manifestation ?

En ce qui me concerne, il est important que les scientifiques et les praticiens se rencontrent pour échanger leurs expériences et leurs points de vue. Il faut favoriser et accélérer le transfert des connaissances, dans un sens comme dans l'autre. Il est primordial que les ré-

sultats scientifiques trouvent plus rapidement une application pratique. Si l'on prend l'industrie pharmaceutique, par exemple, on constate que lorsque la recherche est financée par des fonds privés et qu'elle permet de réaliser rapidement des bénéfices, les résultats scientifiques sont rapidement transférés dans la pratique. Et il faut également que la recherche puisse profiter des expériences des praticiens. Mais tout cela demande du temps et de l'argent. Or, dans les domaines financés par les deniers publics, il s'agit d'utiliser les moyens modestes dont on dispose de manière ciblée.

Que devrions-nous faire pour améliorer le transfert des connaissances? C'est très bien d'organiser une conférence de temps à autre, mais que se passe-t-il entre-temps?

Nous avons besoin du point de vue des participants à la conférence «Apprendre les uns des autres», organisée pour la troisième fois déjà. Un des risques inhérent à un office fédéral, c'est de travailler en décalage avec la réalité. Nous devons savoir combien de matière les chercheurs et les praticiens peuvent «digérer» pendant un tel transfert de connaissances. Nous avons également besoin de savoir si une telle manifestation est la meilleure façon de transférer des connaissances ou si des plateformes Internet rempliraient la même fonction. Il nous importe que vous puissiez faire votre travail le mieux possible car vous nous aidez à mieux cerner les problématiques et à tenir compte de la pratique.



Centre de formation du GREAT

L'Aïkido comme outil pour guider et calmer la violence de l'autre

S'il n'existe pas de remède miracle face à la violence, il est pourtant un outil qui a fait ses preuves et qui se base sur l'aïkido. «En aikido, il n'y a pas de combat. Le pratiquant est davantage appelé à penser à la meilleure manière d'utiliser l'énergie née du conflit pour guider son partenaire et se protéger tout en restant en lien avec lui. Il ne s'oppose pas à lui, il ne cherche pas à le vaincre mais plutôt à faire un avec lui. Son esprit ne le juge pas, il ne voit pas le partenaire comme un autre» (Peter Shapiro). Ce cours de trois jours suffit pour acquérir un outil directement applicable sur le terrain.

Peter Shapiro, maître et Urs Keller, Sekundarlehrer i.A, Aikido-Danträger

3 jours: Jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 juin 2007

Prix: SFR 500.- (membre GREAT SFR 400.-)

Introduction et développement de l'approche gestionnaire dans le travail social: atouts et limites

Ce module vise à connaître les bases de cette approche gestionnaire dans le travail social; à présenter des expériences concrètes de mise en place du management qualité; de discuter des avantages, des inconvénients, des limites voire des craintes face à cette évolution; de développer un autre regard sur sa pratique et de discuter des moyens de s'approprier cet outil. Gérald Thévoz, Claire Roelli et al.
Dates et horaire: début juin
Prix : SFR 400 (membre GREAT SFR 300.-)

Modules de formation fordd

Codépendance

5 jours: Jeudi 3 mai et vendredi 4 mai; lundi 24 mai, mardi 25 et mercredi 26 mai 2007

Ph. Beytrison, Ph. Jaquet
Prix: CHF 680.-

Travail en réseau et pratiques interprofessionnelles

3 jours: Jeudi 10 mai, mercredi 25 mai et vendredi 8 juin
Mme Christiane Besson, M. Nicolas Pythoud
Prix: CHF 500.- (Membre GREAT CHF 400.-)

Réduire les risques liés aux modes de consommation

3 jours: Mardi 15, mardi 29 et mercredi 30 mai 2007
Emmanuel Ducret, Béatrice Gomez Rogers, Laetitia Aeschbach, Thierry Musset, Jacqueline Reverdin
Prix : CHF 500.- (membres GREAT CHF 400.-)

Travailler avec les émotions dans le suivi des usager-ère-s. Une approche par l'analyse transactionnelle et la théorie de l'attachement

3 jours: 7 mai et les matinées des 21 mai, 4 et 18 juin
Prix : CHF 500.- (Membre GREAT CHF 400.-)

Informations: GREAT- Fordd, case postale 638, 1401 Yverdon, 024 426 34 34, fax 024 426 34 35, e-mail: info@great-aria.ch
www.great-aria.ch

d e p e n d a n c e s



Revue éditée par

sfa/ispa 