



Reconnue d'utilité publique
(décret du 29 octobre 1998)

Parrainages

Ministère délégué à la santé
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Conférence de consensus

Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage

7 et 8 mars 2001

Cité des Sciences et de l'Industrie - Paris

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

PARTENAIRES

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
Collège National des Généralistes Enseignants
Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie
Fédération Française d'Addictologie
Fédération Française de l'Alcoologie Ambulatoire
Fédération Française de Psychiatrie
Socidrogalcohol
Société Belge d'Alcoologie
Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
Société Française de Pharmacologie
Societa Italiana di Alcologia
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Société Nationale Française de Médecine Interne
Sociedade Portuguesa de Alcoologia
Société Suisse d'Alcoologie
Société de Tabacologie

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

COMITÉ D'ORGANISATION

François PAILLE, Président : Médecin interniste, NANCY
Jean ADES : Psychiatre, COLOMBES
Laëtitia ANDOUCHE : Méthodologie ANAES, PARIS
Jean-Louis BALMES : Hépatogastro-entérologue, NIMES
Dominique BARRUCAND : Neuropsychiatre, LIMEIL-BREVANNES
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE/CHOISILLE
Françoise CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS
Jean-Michel DELILE : Psychiatre, BORDEAUX
Jean-Dominique FAVRE : Psychiatre, CLAMART
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY
François GONNET : Médecin interniste, LYON
Robert MOLIMARD : Médecin interniste, VILLEJUIF
Claude ORSEL : Psychiatre, PARIS
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS
Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

JURY

Président : Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS

Evry ARCHER : Psychiatre, LOOS

Philippe BESSIERES : Médecin du travail, FLOIRAC

Jacques BIRGE : Médecin généraliste, BOULAY

Guy BOURELLE : Travailleur social, CHÂTEAU-THIERRY

Michel BOUREL : Président d'Association, SÉROCOURT

Chantal COURBIN : Infirmière, BORDEAUX

Jean-Marc ELCHARDUS : Psychiatre, LYON

Pierre FAGNIOT : Directeur d'un centre de Post-Cure, CHELLES

Michel KOPP : Médecin généraliste, ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN

Gilles PELLETIER : Hépatogastro-entérologue, LE KREMLIN-BICETRE

Eric PEYRON : Psychiatre, LYON

Marie-Hélène POIROT : Sage-Femme, NANCY

Marie-Noël QUEUDRAY : Intervenante en toxicomanie, AUXERRE

Simone ROGER : Coordinatrice du service social du personnel, PARIS

Anita SANKALE-DELGA : Service médical de l'assurance maladie, NANTES

Natacha YARKO : Médecin généraliste, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE

EXPERTS

Henri-Jean AUBIN : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES
Alain AUBREGE : Médecin généraliste, VILLERS-LÈS-NANCY
Bernadette BARNIER : Assistante sociale, NANCY
Philippe BATEL : Psychiatre, CLICHY
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE
François BLANC Médecin interniste, MONTPELLIER
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS
Thierry DANEL : Psychiatre, LILLE
Benoit FLEURY : Hépatogastro-entérologue, PESSAC
Lionel GIBIER : Psychiatre, TOURS
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY
Pierre GUIBÉ : Médecin généraliste, PONTOISE
Jacques HASSIN : Directeur Scientifique, PARIS
Éric HISPARD : Médecin Alcoologue, PARIS
Pierre KOPP : Professeur de Sciences Économiques, PARIS
Gérard LAMBERT : Assistant Social, MONTGERON
Michelle JOYEUX : Psychiatre, COLOMBES
Antoinette MIALON : Psychiatre, SAINT-LO
Gérard OSTERMANN : Psychothérapeute, BORDEAUX
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY
Michel REYNAUD : Psychiatre, CLERMONT-FERRAND
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS
Jean-Louis SCHLIENGER : Médecin interniste, STRASBOURG
Chantal SIMON : Nutritionniste, STRASBOURG
Anne-Marie TAVART : Médecin du travail, MÉRIGNAC
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

Dominique DESCHAMPS : Toxicologue, PARIS
Bernadette HANESSE : Médecin généraliste, VANDOEUVRE-LÈS-NANCY
Samira DJEZZAR : Médecin interniste, PARIS
Caroline RUBI : Psychiatre, LILLE
Pierre LAHMEK : Hépatogastro-entérologue, LE RAINCY
Philippe GORWOOD : Psychiatre, COLOMBES

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par :
DUPONT PHARMA et LIPHA SANTÉ.

LES QUESTIONS POSÉES

QUESTION 1

QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

QUESTION 2

COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITES ET DUREE) ?

QUESTION 3

COMMENT GERER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DEPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS
D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DEPENDANCE) ?

QUESTION 4

QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION A D'AUTRES TROUBLES ?

QUESTION 5

COMMENT EVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODEPENDANT SEVRE ?

PREAMBULE

La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives ; bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites que ce soit en terme de perte de revenus et de productivité (près de 50 % de ce coût), de dépenses des sociétés d'assurances en charge de l'indemnisation des accidents (20 %), de dépenses de santé directes hospitalières et ambulatoires (16 %), de perte de prélèvements obligatoires (10 %) et de dépenses liées à la prévention (3,2 %). Le coût moyen annuel – vraisemblablement sous-évalué, en l'absence d'épidémiologie, de traçabilité de qualité, sans la prise en compte du coût social de la délinquance lié à l'alcool – peut être estimé annuellement à 115 milliards de Francs, soit pour chaque français à près de 2 000 francs.

Cette vision économique froide, d'un coût social spécifique à la France, se double dans notre pays d'un regard simultanément **indulgent** pour les conduites d'alcoolisation culturellement intégrées et acceptées comme une **fatalité**, et **rejetant** l'alcoolodépendant en tant que tel quand il perturbe les relations familiales, professionnelles et sociales. La prise de conscience récente de l'intégration au sein des conduites addictives de l'alcoolisme et du tabagisme, l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge, la méconnaissance et l'indifférence à l'égard des conduites thérapeutiques par les professionnels non spécialisés ont conduit l'ANAES et la SFA à établir des recommandations destinées aux modalités du sevrage du patient alcoolodépendant et de l'accompagnement du sujet après ce sevrage.

Une 1^{ère} conférence, le 17 mars 1999, a révélé un consensus fort sur la justification, chez tout alcoolodépendant, d'une proposition systématique de sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet élaboré avec le patient. Ce sevrage doit se réaliser lors d'une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire, en **ambulatorie** ou en **milieu institutionnel** en fonction de la gravité (troubles somatiques, psychiatriques, situations d'exclusion sociale ou co-dépendances associées). Cette prise en charge doit être avant tout médicale, mais elle doit surtout **anticiper l'avenir** et ne pas occulter dès cette période l'importance d'un accompagnement psychologique de la part de l'institution (médecins et soignants), des mouvements d'entraide et d'un accompagnement social. Elle doit nécessairement, dès le sevrage, prendre en compte les **co-dépendances** (tabagisme, opiacés, cocaïne) et co-morbidités. La co-dépendance aux benzodiazépines, si fréquente, doit faire l'objet d'une attention particulière d'autant plus que leur administration est le plus souvent nécessaire au cours du sevrage. Le risque de cette co-dépendance est tel que cette thérapeutique, chez un non-dépendant aux benzodiazépines doit rester la plus brève possible durant le sevrage.

Autant les modalités du sevrage peuvent être relativement codifiées et faire l'objet de recommandations internationales précises, autant l'entrée dans un processus d'abstention d'alcool complet et durable se heurte à des difficultés d'approche médicale, psychologique et sociale qui font l'objet de cette deuxième conférence de consensus.

Plusieurs questions se posent d'emblée :

☞ L'objectif absolu d'une **abstinence complète**, sans rechutes et définitive est-il le seul raisonnable ? S'il ne constitue **pas un but** en soi – le but étant une vie qui satisfasse le sujet –, il apparaît comme évidemment le seul critère objectif de l'interruption de la dépendance ; le jury reste extrêmement prudent sur la possibilité de se satisfaire d'une simple diminution quantitative et qualitative. En effet, l'alcoolodépendant reste toujours beaucoup plus menacé par le maintien d'une consommation, même modérée, que par une abstinence totale. Le retour à une consommation non problématique, si elle reste possible, constitue toujours une menace potentielle. Le taux très élevé de rechutes avec reprise d'alcoolisation justifie cependant qu'un raisonnement binaire, abstinence

totale ou échec lié au maintien d'une consommation d'alcool, soit relativisé. Le consensus du jury repose sur l'importance de l'accompagnement du sujet dans son parcours toujours difficile fait de succès et d'obstacles, de dépendance partielle avant l'indépendance et sur le maintien d'une aide malgré ce qui peut être considéré comme un échec. Il faut tout faire pour déculpabiliser la personne, car toute période d'abstinence est toujours une avancée.

☞ Quelle est la part respective des thérapeutiques médicamenteuses réduisant l'appétence à l'alcool, du soutien et de l'aide sous toutes leurs formes, du retissage du lien familial, social et professionnel ? En dehors de tout projet d'alliance, de **lien thérapeutique** proposés au sujet, qui doit rester **demandeur**, et d'adaptation personnalisée, aucun de ces moyens thérapeutiques, pris isolément, ne peut prétendre à couvrir l'ensemble du champ d'intervention.

Si les structures de soins et d'aide restent essentielles, la diversité des situations et la complexité des personnalités alcoolodépendantes autorisent une grande diversité de projets en sachant que leur association, combinaison, mise en œuvre simultanée augmentent significativement leur efficacité.

☞ La multiplicité des approches possibles répond à des demandes et à des situations hétérogènes des personnes. Si on rappelle que les facteurs qui prédisposent à l'alcoolodépendance relèvent d'éléments neurobiologiques, voire génétiques, environnementaux, culturels, psychologiques, psychopathologiques et psychiatriques, témoignant du fait que l'alcoolodépendance est autant un **processus** qu'un **symptôme**, il est actuellement vain d'identifier de façon claire, en dehors de quelques exceptions (parmi lesquelles les troubles psychiatriques sévères), des sous-groupes permettant une adaptation thérapeutique précise. Une véritable typologie de l'alcoolodépendance, si elle reste souhaitable, se heurte de fait à une vision simplificatrice, voire ambiguë, car réductrice de complexité.

☞ Cette pathologie de la **relation** et de la **responsabilité** qu'est l'alcoolodépendance est de moins en moins souvent isolée : elle fait place à des co-dépendances, survenant plus souvent en cascades que simultanées. Celles-ci justifient de plus en plus le concept de «structures addictologiques» à polarité variable, prenant en compte la notion d'addiction globale.

Lors du maintien du sevrage, l'effort maximum doit tendre à préserver de nouvelles dépendances.

☞ Que le motif d'entrée soit d'ordre psychologique ou somatique, la prise en charge doit toujours prendre en compte la **globalité** du sujet. Il est aussi inconséquent de négliger la proposition de suivi de l'abstinence d'une cirrhose constituée que le suivi hépatique d'un alcoolodépendant. La complexité de la dépendance à l'alcool justifie une tentative d'aboutir à une évaluation la plus précoce possible des comportements et de l'action sur ces comportements. Les difficultés méthodologiques ne doivent jamais être considérées des obstacles infranchissables.

☞ Tout projet d'accompagnement d'un sujet alcoolodépendant doit évoquer en premier lieu la capacité d'une société à laisser toute sa place à ce sujet, et en fin de compte pose la question du **regard** que la société pose sur lui. L'espoir renouvelé d'une action efficace à l'égard de l'alcoolodépendance, doit l'emporter sur la résignation empreinte de **fatalisme**, inacceptable et irresponsable face aux chiffres : près de 28 % d'hommes alcoolodépendants et 9 % de femmes alcoolodépendantes chez des malades hospitalisés et près de 13 % d'hommes alcoolodépendants parmi les consultants des médecins généralistes. Statistiques qui dépendent bien sûr de définitions hétérogènes de l'indépendance.

QUESTION 1 – QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

INTRODUCTION

Si l'accompagnement du patient après le sevrage fait intervenir de nombreux acteurs aux compétences variées et complémentaires utilisant des moyens et procédures hétérogènes, le patient reste **l'acteur principal** de la dynamique de l'accompagnement. Ces multiplicités imposent donc avant tout la cohérence des actions, l'opportunité des interventions et une formation adéquate des acteurs, pour un accompagnement médical, psychologique et social de qualité auprès du sujet et de son entourage. L'alliance et la compliance thérapeutiques semblent les principaux facteurs prédictifs communs de l'efficacité des acteurs et des moyens de l'accompagnement.

Sans intervention, l'évolution spontanée de l'alcoolodépendance est presque toujours défavorable (< 10 % de guérisons spontanées) Ce constat rend peu éthique l'absence de projet de prise en charge ; cependant, les difficultés méthodologiques des études comparatives expliquent en partie que, contrairement aux essais thérapeutiques portant sur les médicaments, peu d'études aient été menées sur l'évaluation de l'ensemble des thérapeutiques non médicamenteuses pour permettre d'apporter des résultats scientifiques incontestables.

Les obstacles rencontrés (réalcoolisations, dépression...) sont partie intégrante du parcours du patient. Plutôt que de les considérer comme des échecs définitifs, il faut que patients et soignants les considèrent comme des moments d'un projet visant à atteindre le bien-être.

LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Peu d'études scientifiques ont évalué l'efficacité du soutien psychologique dans le traitement de l'alcoolodépendance, probablement du fait des difficultés méthodologiques. Cependant, il existe un accord professionnel fort pour considérer que le soutien psychologique est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool.

Ce soutien peut être assuré par tout thérapeute, médical ou paramédical, formé. Il nécessite présence, disponibilité, sollicitude. Le champ de compétences et la proximité auprès des patients, des infirmiers et des aide-soignants leur font jouer un rôle majeur dans le soutien.

Plusieurs formes de soutien psychologique ont potentiellement des effets thérapeutiques :

- l'écoute ;
- la relation d'aide ;
- l'attitude de soutien psychologique ;
- la psychothérapie de soutien.

L'écoute

Tout commence par l'écoute qui ne peut se réduire à des techniques ou à des recettes. Cependant, des règles s'imposent : s'abstenir de tout jugement, refuser d'entrer dans le cercle du mensonge, ne rien vouloir pour l'autre et à sa place. Il n'y a rien de plus simple en apparence, en même temps de plus complexe, car il faut savoir saisir le mot, la mimique, le geste, qui, soudain, donne sens au discours.

Entendre la souffrance de dépendance de l'autre, c'est aussi s'exposer à découvrir la nôtre.

La relation d'aide

Centrée sur la personne à aider, elle est fondée sur trois attitudes :

- le regard positif et inconditionnel, c'est-à-dire une attitude d'accueil total, sans critique ou reproche, sans moralisation ou interprétation d'aucune sorte ;
- l'empathie ou capacité à percevoir la souffrance de l'autre ;
- la congruence qui concerne le comportement unifié et cohérent du soignant en tant que personne à part entière.

L'attitude du soutien psychologique

Elle apporte un renforcement positif, c'est-à-dire l'appréciation positive des découvertes faites par le patient en vue de la consolidation de l'abstinence. Le soutien psychologique suppose la perception du transfert et du contre-transfert. Dans cette aide à la renarcissisation du patient, on peut repérer des attitudes ayant une réelle valeur de soutien psychologique : l'avance de la parole, l'approche centrée sur les solutions et les médiations thérapeutiques autres que la parole.

La psychothérapie de soutien

Le langage est ici utilisé dans sa fonction primaire de communication et de traduction des émotions. Elle suppose l'accès à la vie intérieure du patient. Plus formalisée, elle requiert un thérapeute formé à la psychothérapie, voire aux concepts analytiques.

RECOMMANDATIONS

Il est attendu que chaque acteur soit dans un processus de formation aux techniques qu'il utilise dans sa pratique.

Reconnaitre l'importance du **facteur temps**, toujours coûteux en personnel, dans l'organisation du soutien psychologique

LA PSYCHANALYSE ET LES PSYCHOTHERAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

La nature même de la méthode ne permet pas de répondre aux standards actuels de l'évaluation scientifique. Cependant, rien ne permet d'affirmer qu'elle restera toujours en dehors de toutes possibilités d'évaluation. Si la dépendance alcoolique n'est pas considérée comme une indication classique de la thérapie analytique, celle-ci peut faire partie du parcours thérapeutique pour les sujets présentant un alcoolisme associé à des troubles névrotiques ou à des troubles de la personnalité, à condition que s'y ajoute un traitement centré sur le maintien de l'abstinence. D'une manière générale, les patients ne sont pas inaptes au transfert.

Les conceptions psychanalytiques de l'alcoolodépendance expliquent que la technique de la cure-type, appuyée sur le travail de remémoration et d'associations libres s'avère généralement impraticable : l'instauration du cadre et les modalités de la cure vont devoir être aménagées pour donner forme à ce qu'on appelle les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP). Ainsi, au silence et à la neutralité bienveillante du psychanalyste doit se substituer « l'avance de la parole » pour signifier au patient l'empathie du thérapeute et favoriser l'alliance thérapeutique. L'indication et le moment d'engager cette thérapie ne peuvent venir que de la demande du patient et après une certaine durée d'abstinence.

Les PIP doivent s'inscrire dans un dispositif d'accompagnement plurifocal coordonné par le référent du projet thérapeutique.

Dans certaines conditions, elles sont mises en œuvre dans les institutions spécialisées, soit au gré des compétences disponibles, notamment dans le cadre du soutien psychologique et des possibilités de formation et de supervision, soit dans le cadre d'une institution conçue et fonctionnant selon les

principes de la psychothérapie institutionnelle. Le repérage des contre-attitudes des soignants est une tâche importante de l'analyste.

RECOMMANDATIONS

S'il existe un accord professionnel pour considérer que les PIP sont un outil thérapeutique, le jury considère qu'elles doivent soumettre leurs résultats à une évaluation semblable aux autres techniques pour être recommandées.

LES THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

Les thérapies cognitives et comportementales sont des techniques psychothérapeutiques codifiées. Elles permettent au sujet d'élaborer et d'utiliser des stratégies pour le maintien de l'abstinence. Compatibles entre elles ou avec d'autres approches psychothérapeutiques (par exemple de type analytique), elles ont été développées à partir de plusieurs modèles théoriques : parmi les programmes orientés vers l'abstinence et ayant fait l'objet d'évaluations cliniques contrôlées, on peut citer :

- les **entretiens motivationnels** cherchant à renforcer la motivation. Ils ont une place importante à toutes les étapes de l'accompagnement du sujet ;
- l'entraînement aux stratégies de coping. Cette approche comporte trois composantes : entraînement à la prévention de la rechute, aux compétences sociales et gestion des émotions négatives. Plusieurs études ont montré l'efficacité de cette approche sur la réduction de l'intensité et la durée des rechutes. L'entraînement aux stratégies comportementales semble plus efficace que la restructuration cognitive. Le travail cognitif prolonge le travail comportemental ;
- l'exposition au stimulus avec ou sans entraînement à la gestion de l'envie de boire. Deux études ont montré l'efficacité de cette méthode dans le cadre de la stratégie de recherche de l'abstinence ;
- le renforcement communautaire a pour objectif d'éliminer les renforcements positifs de l'alcoolisation et d'accroître les renforcements positifs de l'abstinence. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette technique ;
- le renforcement de l'abstinence avec renfort systématique du comportement désiré et suppression des comportements non désirés. Deux études en ont montré l'efficacité.

Il apparaît essentiel chez tout patient à un moment donné de préciser son niveau de motivation. Le modèle le plus utilisé est celui de Prochaska : il propose six stades de changement :

- la pré-intention : la personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois ;
- l'intention : la personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche, elle pèse le pour et le contre ;
- la préparation : la décision est prise et la personne se prépare au changement ;
- l'action : la personne modifie ses habitudes, c'est la période la plus délicate où le risque de rechute est le plus important ;
- le maintien : il s'agit d'éviter les rechutes ;
- la résolution : la personne n'a plus la tentation de revenir à la situation antérieure, même si elle se trouve dans des conditions défavorables. Une étude auprès d'anciens fumeurs et d'anciens alcooliques a montré que moins de 20% des personnes de chaque groupe avaient atteint ce stade. Cette étape semble un idéal pour beaucoup de patients, mais un objectif réaliste est de rester au stade de maintien.

Ce processus n'est pas linéaire : il peut y avoir des retours au stade précédent.

Avec ce type de méthode, en cas de rechute, la personne revient très rarement au stade de pré-intention. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considérée comme une réussite aussi bien par le thérapeute que par le patient.

D'autres techniques classiques de la thérapie comportementale et cognitive peuvent être proposées au sujet alcoolodépendant sevré.

Ces techniques sont assez peu développées en France dans des programmes structurés.

RECOMMANDATIONS (grade B)

Ces techniques doivent être utilisées par un personnel **formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance**

Il serait utile de favoriser la mise en place de formations aux thérapies comportementales et cognitives, afin d'améliorer l'accessibilité de ces thérapies qui ont fait l'objet d'évaluation positive.

LES GROUPES DE PAROLE ET LES AUTRES THERAPIES DE GROUPE

Cet ensemble de pratiques hétérogènes peut, sous une même appellation, être à la source de confusion. Les **thérapies de groupe**, où la présence d'un thérapeute est requise ne doivent pas être confondues ni avec les **groupes thérapeutiques** ni avec les mouvements d'entraide.

Le nombre d'études scientifiques pour chacune de ces méthodes est peu important. **La validation scientifique n'est pas établie.** Cependant, la plupart des institutions de soins et des mouvements d'entraide les proposent. Il existe un accord professionnel pour reconnaître un intérêt thérapeutique pour certaines de ces techniques et pour certains patients.

Elles sont régies par des règles communes de fonctionnement : le secret, la discrétion, la spontanéité et l'assiduité. Ces techniques répondent bien aux besoins des patients alcoolodépendants : dans le cadre d'un groupe, ils s'expriment souvent plus facilement qu'en entretien individuel et peuvent mieux gérer leur prise de parole. L'association de plusieurs personnes permet de mieux résoudre des difficultés communes devant lesquelles chacun, isolément, se sent impuissant. Elles permettent au sujet de s'identifier à d'autres personnes vivant ou ayant vécu des expériences similaires, de comprendre l'impact de l'alcool sur les histoires de vie, d'apprendre à comparer ses propres réactions ou vécus par rapport à ceux des autres, et enfin d'apprendre à communiquer ses émotions de manière plus adaptée.

La participation de l'entourage à des groupes de parole améliore la compliance de l'alcoolodépendant sevré, le taux d'abstinence et l'équilibre conjugal.

Les thérapies de groupe doivent être animées par des thérapeutes **formés** à ces techniques, les groupes thérapeutiques par des intervenants formés à l'alcoologie.

RECOMMANDATIONS

Le jury, bien qu'existe un accord professionnel favorable, ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

LES ATELIERS THERAPEUTIQUES

Malgré l'absence d'évaluation scientifique, il peut être utile de mettre à la disposition du malade alcoolique sevré un atelier thérapeutique, espace de créativité, de culture, de communication et de socialisation. Beaucoup d'équipes proposent une activité corporelle : prise de conscience du corps, activités sportives, relaxation, randonnée, etc. Pour certains, une restauration temporo-spatiale passe par des ateliers conçus autour du travail manuel, telle **l'ergothérapie**.

Certaines équipes proposent des activités plus cognitives autour de la mémorisation, de l'écriture. De façon plus ambitieuse, et peut-être plus à distance du sevrage, certains ateliers thérapeutiques mettent en jeu le culturel, le créatif.

Doivent être définis avec rigueur les buts, la durée, les modalités pratiques, les séquences, la nature et les intervenants de l'équipe thérapeutique.

RECOMMANDATIONS

Les ateliers, lorsqu'ils existent, peuvent être intégrés dans une dynamique de soins et animés par des professionnels.

LES MOYENS SOCIO-EDUCATIFS

Plusieurs études indiquent qu'une prise en charge sociale du sujet alcoolodépendant sevré influence favorablement son évolution. L'amélioration du réseau relationnel est un élément important du résultat à long terme de l'accompagnement des patients alcoolodépendants. L'accompagnement social comporte deux dimensions : un travail relationnel avec l'individu et un travail sur son environnement. Il vise la reprise progressive par la personne du contrôle de sa propre situation et de ses responsabilités. Le travailleur social intervient dans la réalité sociale, administrative, juridique et professionnelle du patient. La prise en charge et l'accompagnement, dans le respect de la confidentialité, reposent sur **l'adhésion** du patient aux objectifs, et sa participation à leur réalisation. Cette démarche s'appuie sur la notion de **contrat**, outil à utiliser à bon escient, adapté au patient et à ses capacités au moment considéré, et centré sur une pédagogie du projet.

RECOMMANDATIONS (Grade C)

Une évaluation sociale du patient doit être systématiquement réalisée le plus précocement dans la prise en charge.

L'évaluation de sa qualité, pour chaque patient, doit faire partie de sa prise en charge.

LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

De nombreuses études soulignent que la participation à un mouvement d'entraide est un élément important pour un maintien durable de l'abstinence pour les patients volontaires. Ces mouvements interviennent à toutes les étapes de la prise en charge du sujet alcoolodépendant.

D'origine et de sensibilité diverses, ils ont un objectif commun : aider et accompagner les personnes en difficulté avec l'alcool, en apportant information et soutien au patient et à l'entourage. Ils préconisent l'abstinence totale et définitive, comme une étape vers une meilleure qualité de vie.

RECOMMANDATIONS (Grade C)

La rencontre avec un mouvement d'entraide pour une participation éventuelle doit être **proposée** aux patients alcoolodépendants.

Les membres des associations qui interviennent dans les établissements de soins, d'enseignement, d'hébergement, etc, doivent recevoir une formation en alcoologie.

Leurs **sensibilités** religieuses, laïques, humanitaires, sociales, idéologiques, si elles existent, doivent être facilement **identifiables** par les patients et les professionnels.

L'intégration des mouvements d'entraide dans le tissu socio-sanitaire de proximité, leur ouverture aux professionnels doivent contribuer à prévenir toute dérive sectaire.

L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE

Les situations d'alcoolisation impliquent toujours les proches de l'alcoolodépendant. Les bénéfices d'une prise en charge précoce de l'entourage sont soulignés par plusieurs études.

Des conséquences positives de l'accompagnement sont observées :

- pour le maintien de l'abstinence dans les deux ans suivant le sevrage ;
- pour l'amélioration de l'équilibre conjugal à court terme.

Il ne semble pas exister de différences en terme de résultats, selon les diverses techniques utilisées.

L'accompagnement peut se situer à plusieurs niveaux – information, éducation, soutien, psychothérapies individuelles, de groupe, ou familiale – tenant compte de la complexité des jeux relationnels de co-dépendance (au sens du DSM III R).

Une vigilance particulière doit être exercée quant aux éventuelles violences intra-familiales et maltraitance d'enfants.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande que l'accompagnement de l'entourage des patients alcoolodépendants soit proposé le plus fréquemment et précocement possible.

Les **enfants** de parent(s) alcoolique(s), dès que cela s'avère nécessaire, doivent bénéficier d'une action éducative et **préventive** dont l'efficacité doit être évaluée.

THERAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

La vie conjugale est souvent mise à mal par l'alcoolisme de l'un des deux époux, il est donc important d'intervenir simultanément auprès de **l'autre conjoint** ou éventuellement auprès des deux membres du couple en cas d'alcoolodépendance conjugale. Une prise en charge psychothérapique de groupe, conjugale ou familiale, a démontré son efficacité.

LES INTERVENTIONS EN MILIEU CARCERAL

La consommation excessive d'alcool et l'alcoolodépendance peuvent faciliter le passage à l'acte agressif, parfois à caractère sexuel, et les délits d'imprudence.

Ainsi, les personnes ayant des problèmes d'alcool et les alcoolodépendants sont sur-représentés dans la population carcérale.

Dans les études médicales réalisées en France dans les établissements pénitentiaires entre 1980 et 1994, la prévalence des problèmes d'alcool varie de 16 à 47,8 % selon les prisons et les critères d'évaluation. Une étude nationale de prévalence des problèmes d'alcool chez les femmes (510) et les hommes (869) entrant en maison d'arrêt (APECAPP, 1996-1997) a montré une consommation moyenne de trente verres par semaine : 25,9 % des personnes écrouées sont des consommateurs à risque ; 16,3 % sont ivres au moins une fois par mois ; 25,2 % sont alcoolodépendants et 4,2 % ont une maladie physique, certainement liée à leur alcoolisation.

Cependant, une enquête portant sur l'offre de soins montre que seulement 53 grands établissements sur 75 et 50 petits établissements sur 111 connaissent une intervention individuelle spécifique en alcoologie, le nombre total de ces intervenants pour les 186 prisons de France étant de 194, dont un tiers de bénévoles de mouvements d'anciens buveurs (1996).

L'intervention des consultations spécialisées pour alcoolodépendants ne concerne que **2 établissements sur 186**. Si la consommation d'alcool est interdite en prison depuis 1995, le sevrage sans mesure d'accompagnement n'a qu'une valeur thérapeutique extrêmement limitée. La préparation à la sortie et l'orientation vers les structures de soins et d'accompagnement sont inexistantes.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande que l'alcoolisme soit considéré, en milieu carcéral *avec ses spécificités*, aussi comme une question majeure de santé publique.

LES MOYENS MEDICAMENTEUX

A côté des mesures psychothérapeutiques et sociales qui doivent être toujours proposées aux patients alcooliques sevrés, différents moyens médicamenteux font partie de la panoplie thérapeutique. Leur prescription ne se conçoit qu'en association avec l'accompagnement psychosocial. Le traitement médicamenteux est une possibilité de médiation, facilitant le début de la prise en charge.

Plusieurs études scientifiques ont cherché à évaluer leur efficacité. Leur interprétation est rendue difficile par :

- le nombre important des **perdus de vue** ;
- la durée limitée de la période d'observation (de 3 à 12 mois) ;
- un suivi de sujets issus exclusivement de centres spécialisés.

Médicaments visant à réduire l'appétence pour l'alcool

Deux produits appartiennent à cette catégorie : l'acamprosate et la naltrexone. L'efficacité a été démontrée, mais s'avère modérée, voire controversée, y compris chez les sujets compliants. En l'absence d'études comparatives, il est impossible de déterminer l'efficacité relative et la place de chaque produit.

Acamprosate

La durée du traitement recommandée par l'AMM est de 1 an à la posologie de 6 comprimés par jour, pour un poids supérieur à 60 kg et de 4 comprimés pour un poids inférieur à 60 kg. Quelques études randomisées ont montré à 3 mois et à 1 an un effet positif. Les effets indésirables sont limités. La diarrhée en est le principal ; elle est dose dépendante. Il n'y a pas de caractère prédictif d'un sous-groupe de patients répondeurs.

Naltrexone

La durée du traitement recommandée par l'AMM est de 3 mois. Rien ne permet de déterminer la durée optimale du traitement. La posologie est de 1 comprimé par jour. Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont des nausées et des céphalées. La naltrexone ne doit jamais être utilisée chez des sujets en état de dépendance aux opiacés. Deux études randomisées contre placebo ont démontré une efficacité en termes d'amélioration d'abstinence en réduisant **l'envie compulsive** de boire (craving).

Médicament à effet antabuse

Disulfirame

Il n'y a pas d'indication pour l'induction volontaire, par le thérapeute, de crises aversives, et cette pratique ne saurait être recommandée.

Son utilisation provoque chez le sujet consommant de l'alcool, une réaction très désagréable, faite de sensations de malaises avec anxiété et troubles neuro-végétatifs. Des réactions graves ont été décrites pouvant aller jusqu'au coma, au collapsus cardiovasculaire, voire au décès. Lors du traitement, des complications graves comme des hépatites fulminantes, des réactions neuro-psychiatriques, des névrites optiques et des neuropathies ont été décrites. Le nombre d'études contrôlées est faible, elles ne plaident pas en faveur de son utilisation dans le maintien de l'abstinence. Par contre, la consommation d'alcool, à la fois en quantité et en fréquence, est moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse.

La prise de position par rapport au traitement antabuse est plus complexe qu'il n'y paraît. La littérature livre peu d'arguments en faveur de son efficacité. Il ne fait plus partie du traitement de première intention, compte tenu du rapport bénéfices-risques défavorable et doit être réservé à des traitements ponctuels dans des situations ciblées.

Le jury demande que soient disponibles des enquêtes de pharmacovigilance avec le Disulfirame.

Autres médicaments

De nombreuses autres thérapeutiques médicamenteuses empiriques sont encore utilisées. Elles ne font l'objet d'aucune évaluation et, de ce fait, ne sauraient être recommandées.

D'autres possibilités thérapeutiques sont en cours de développement.

RECOMMANDATIONS (Grade B)

Le traitement médicamenteux intervient en complément de la prise en charge psychosociale et repose actuellement essentiellement sur l'acamprosate et la naltrexone.

Il est nécessaire de mettre en place des essais contrôlés pour l'analyse :

- du maintien de l'abstinence à moyen et à long terme ;
- de la comparaison de l'efficacité et de tolérance des différents produits ;
- de la place respective de chaque produit selon la typologie des patients et des comorbidités ;
- de la tolérance et de l'efficacité des **bithérapies** associant par exemple Acamprosate et Naltrexone ;
- de nouvelles molécules.

QUESTION 2 – COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITÉS ET DURÉE) ?

INTRODUCTION

Le sujet dans son environnement familial, social, professionnel, doit être **l'acteur d'un projet** qui lui permettra de retrouver la qualité de vie à laquelle il aspire.

Préalablement à toute demande de sevrage, et quelles qu'en soient les conditions de réalisation, le **consentement éclairé** du sujet alcoolodépendant devra être recueilli.

Ce dernier sera informé des principes de la prise en charge médicalisée du sevrage. En même temps, pour éviter toute rupture, lui seront proposées les diverses modalités d'un accompagnement adapté à sa situation personnelle.

Un livret reprenant le protocole de sevrage et comportant toutes les références des compétences existant sur son territoire, devrait lui être remis. Il sera un instrument dans le cadre d'une démarche active du sujet. Il n'a pas pour but de stigmatiser la maladie alcoolique, mais au contraire de poser un nécessaire temps d'échange, d'écoute et de commentaires sur tout le processus qui va s'installer.

Ce livret doit permettre aussi de présenter les différentes stratégies de l'accompagnement qui a pour objectif d'aider le sujet alcoolodépendant sevré à maintenir une abstinence tout en améliorant sa qualité de vie, sa satisfaction personnelle et celle de son entourage.

Le sujet sera ainsi **associé** au choix du type de mesure utilisée pour le suivi de son accompagnement.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande la création et la remise commentée, avant le sevrage, d'un livret comportant des informations sur :

- ☞ la maladie alcoolique ;
- ☞ le sevrage ;
- ☞ l'intérêt de l'accompagnement et du suivi ;
- ☞ les coordonnées des acteurs et des contacts présents dans ces dispositifs.

Celui-ci sera simple, didactique, personnalisé et réactualisé régulièrement. *Par la notion de « **personnaliser** »,* le jury exprime son souhait de laisser un espace d'expression où le sujet pourra y mettre des notes personnelles (rendez-vous, adresses...). La rédaction de ce document pourra être confiée à la Société Française d'Alcoologie (SFA), qui le déclinera à l'échelon régional.

ORGANISATION DES DISPOSITIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'ensemble de ces dispositifs vise à mettre en relation plusieurs types de compétences pour offrir une diversité de réponses, adaptées et pertinentes aux problématiques biologiques, psychologiques et sociales de la personne à chaque moment de son parcours. Ces dispositifs, souples, peuvent être ambulatoires ou résidentiels. Il est donc indispensable de clarifier les missions des acteurs et des structures ; il est impossible de répondre avec précision à la notion de durée, quelques mois à quelques années, avec des fréquences variables dans l'accompagnement d'un sujet qui doit tenir compte de sa trajectoire personnelle.

De façon générale, le jury constate un **manque d'évaluation des dispositifs décrits**.

LA PLACE DES MEDECINS GENERALISTES

La place du médecin généraliste est primordiale dans la prise en charge du sujet alcoolodépendant aussi bien avant qu'après le sevrage et doit être valorisée. Le médecin généraliste constitue un dispositif de proximité facilement accessible.

Il propose un accompagnement spécialisé de longue durée avec comme objectif de soin l'abstinence, et est la personne ressource tant pour le sujet que pour son entourage.

Le soutien qu'il apporte nécessite une formation large, concrète, adaptée.

Dans le cadre de cette relation d'aide, le médecin généraliste s'appuiera sur l'ensemble des partenaires qu'il méconnaît trop actuellement. Il serait indispensable de lui permettre d'identifier par territoire les acteurs et les structures pouvant intervenir en relais ou complémentarité.

De plus, il serait souhaitable de mener une réflexion pour la reconnaissance financière de cette prise en charge spécifique, qui demande un investissement important en terme de temps.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande une formation initiale et **continue** en alcoologie des étudiants en médecine et des médecins généralistes, afin de leur permettre de nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au **déni social** du risque alcool.

LE DISPOSITIF AMBULATOIRE SPECIALISE EN ALCOOLOGIE

Le dispositif ambulatoire en alcoologie joue un rôle important dans l'accompagnement des sujets après sevrage et essentiellement par le réseau des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Il n'a jusqu'ici pas été évalué et devrait l'être.

Ce dispositif, inégalement réparti sur l'ensemble du territoire, ne semble pas pouvoir répondre quantitativement aux besoins.

Les consultations gratuites offrent :

- ☞ un lieu d'accueil privilégié dans les suites du sevrage ;
- ☞ une aide au maintien de l'abstinence par des moyens médico-psychosociaux ;
- ☞ une action auprès des familles et de l'entourage, à la demande du sujet.

Ce sont des lieux ressources et experts pour les partenaires extérieurs avec qui ils travaillent dans le projet d'amélioration de qualité de vie du sujet.

Les équipes de ces centres utilisent des outils thérapeutiques variés :

- ☞ entretiens individuels ;
- ☞ psychothérapies individuelles ;
- ☞ groupes de parole ;
- ☞ ateliers thérapeutiques ;
- ☞ thérapeutiques médicamenteuses, etc.

RECOMMANDATIONS

- ☞ Une évaluation scientifique précise de l'intérêt de ce dispositif est nécessaire.
- ☞ Une meilleure répartition et lisibilité de ces centres sur le territoire national doit être envisagée.

L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

Le dispositif hospitalier orienté vers l'alcoologie dont l'accès est difficile et soumis à de longues listes d'attente est très inégal dans sa constitution et sa répartition. Les lits spécifiquement attribués à des alcoolodépendants sont en effet présents en médecine générale, en spécialité et en psychiatrie. Cette dispersion et l'insuffisance de lits sont des éléments préjudiciables au processus de soins.

Ces structures qui offrent le panel de soins le plus complet, doivent pouvoir offrir en un seul lieu des soins alcoologiques spécialisés, permettant de proposer aux malades un suivi par des méthodes adaptées à chaque cas particulier.

Elles comportent une équipe pluridisciplinaire compétente en alcoologie au sein d'une organisation institutionnelle adaptée.

Cette solution hospitalière sera choisie pour des patients dépendants, **en échec** de tentatives ambulatoires, relevant d'un suivi médical et **social** au long cours, pour des personnes présentant des manifestations cliniques de co-morbidités **somatique** ou **psychiatrique graves**. Elle peut être aussi une réponse à une rechute. Cette phase de traitement s'étend sur une durée de 2 à 4 semaines en moyenne, après le sevrage.

Une indication particulière d'hospitalisation temps plein est assurée par des structures d'internat de longue durée (1 à 3 mois pouvant aller jusqu'à 6 mois) précédemment dénommées post-cure et constituant maintenant les soins de suite et de réadaptation (SSR) .

RECOMMANDATIONS (Grade B)

La notion de service hospitalier de **référence a un intérêt essentiel pour la formation de spécialistes**, la **recherche et la prise en charge de malades difficiles ou graves**.

En l'absence de réseaux fonctionnels ambulatoires actuellement, ces services de référence peuvent constituer un recours.

Cependant le jury ne peut reconnaître l'hospitalisation temps plein comme un recours préférentiel, en dehors des situations graves précédemment décrites **lorsqu'un réseau médico ou psychosocial existe**.

On ne peut proposer une durée optimale de séjour.

L'HOSPITALISATION PARTIELLE

Ce dispositif de soins se déroule principalement en hôpital de jour, mais peut aussi prendre d'autres formes : de nuit, de week-end. L'hospitalisation de jour permet de clarifier la situation médicale, psychologique ou psychiatrique ainsi que la situation sociale et psychosociale de la personne, sans pour autant la couper de son cadre de vie. Le sujet y trouve un appui institutionnel tout en conservant une certaine **autonomie**. Elle constitue un lieu de proximité permettant des soins personnalisés (horaires, contrats individuels) et, avec quelques aménagements, le maintien dans le milieu professionnel. Elle permet de travailler sur le fond dans la durée ; elle est particulièrement adaptée au suivi des alcoolodépendants nécessitant des soins continus et spécifiques. Elle peut intervenir en remplacement d'une hospitalisation temps plein ou après celle-ci. C'est aussi une structure de soins qui peut constituer une alternative de proximité aux soins de suite et de réadaptation.

RECOMMANDATIONS

On ne peut faire de recommandations précises dans ce domaine.

L'EQUIPE DE LIAISON

Elle a été institutionnalisée récemment. Que la consommation d'alcool soit cause de l'hospitalisation ou qu'elle soit repérée à cette occasion, l'équipe de liaison a pour mission d'organiser les conditions d'une prise en charge spécifique des sujets alcoolodépendants dans les services d'hospitalisation.

Elle intervient auprès des patients, des équipes soignantes des établissements de santé, en lien avec le réseau extra-hospitalier.

L'équipe de liaison n'a pas vocation à assurer la prise en charge à long terme des sujets alcoolodépendants mais doit organiser le lien avec les autres dispositifs.

Elle formalise avec les services d'accueil, d'urgence et d'hospitalisation des protocoles de soins pour les personnes alcoolodépendantes.

Actuellement, ce dispositif doit être considéré comme insuffisant au regard des besoins s'il veut répondre aux objectifs qui viennent d'être fixés aux établissements hospitaliers, à savoir :

- ☞ repérer et dépister les comportements de dépendance de toutes les personnes se présentant aux urgences ou hospitalisées ;
- ☞ proposer à ces derniers des soins ;
- ☞ développer les relations avec les dispositifs ambulatoires.

RECOMMANDATIONS

La généralisation de ce type d'interventions ne pourra se faire qu'après son évaluation.

LES DISPOSITIFS DE REINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

La réinsertion professionnelle

Elle recouvre à la fois le maintien dans l'entreprise et l'insertion dans l'emploi du sujet en rupture professionnelle. Le médecin du travail aura un rôle dans l'accompagnement du sujet alcoolodépendant dans le strict respect de l'évolution personnelle de ce dernier.

Le monde du travail est devenu **moins tolérant** à l'égard du sujet alcoolodépendant, de plus en plus exposé au licenciement pour faute professionnelle grave.

En France, la plupart des salariés ont un médecin du travail qui, dans le respect du secret médical est habilité à faire des propositions d'aménagement de poste de travail ou de reclassement qui doivent être prises en considération par le chef d'entreprise. A l'occasion d'une visite de pré-

reprise, le médecin du travail informé par le sujet, éventuellement par l'employeur, de la maladie alcoolique prépare l'arrivée ou le retour du sujet dans l'entreprise. Son intervention permet d'atténuer les conséquences de l'ivresse aiguë ou des rechutes.

Dans le domaine de la réinsertion professionnelle, il peut s'appuyer sur une équipe médico-sociale ou d'autres dispositifs œuvrant dans le même sens.

La réinsertion sociale

La maladie alcoolique a un impact **désorganisateur** qui peut entraîner le sujet dans la spirale de l'exclusion. Cette désorganisation implique un soutien social spécifique avec une parfaite connaissance du sujet et de son environnement pour qu'il puisse être durablement réinséré.

Ce projet de réinsertion élaboré par le travailleur social peut être le contrat lié au revenu minimum d'insertion. Le mode d'intervention peut être varié, fondé sur des activités proches du quotidien, des activités sportives et culturelles favorisant l'intégration sociale.

Une meilleure concertation entre les acteurs médico-sociaux est souhaitable.

Il existe des foyers de soins pour les sujets les plus défavorisés qui, ayant stabilisé leur abstinence, ont besoin d'une réadaptation sociale et professionnelle particulièrement longue.

LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

Les malades alcooliques se sont depuis très longtemps associés (loi 1901) pour aider les personnes en difficulté avec l'alcool. Le nombre et la diversité des membres a permis aux mouvements d'entraide de s'implanter et d'être présents sur tout le territoire national. Précurseurs dans le domaine de l'aide et de l'accompagnement, ils ont acquis un savoir et une pratique particulière qui facilitent l'approche du sujet en complémentarité des autres intervenants. Fondateurs de plusieurs centres de cure et de post-cure, ils offrent un nombre de lits non négligeable qu'ils soient mixtes ou non.

Souvent impliqués dans les centres de soins, les bénévoles participent, au niveau de leur connaissance, aux soins et à l'accompagnement, et leurs actions se prolongent pendant les périodes non ouvrables des institutions. Les permanences, les réunions, les groupes de parole sont autant de lieux privilégiés qui permettent au sujet de s'exprimer, de s'impliquer, de se former... selon son désir. Ces activités offrent au sujet la possibilité d'entreprendre l'apprentissage d'une vie nouvelle, aidé par des personnes auxquelles il peut s'identifier. Afin d'améliorer leur dispositif, les mouvements ont mis en place des groupes d'aide aux familles et aux enfants. Toutes ces activités sont complétées par des animations de loisirs (fête, sortie, sport...) qui sont des éléments incontournables à l'épanouissement du sujet.

LES RESEAUX ET LES LIENS AVEC LES AUTRES ADDICTIONS

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool repose sur des dispositions notoirement insuffisantes, mal coordonnées et peu complémentaires. Cette insuffisance génère des retards de diagnostic, des délais excessifs de prise en charge et donc une insuffisance d'efficacité. Il paraît impératif d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence de mettre en place une nouvelle organisation diversifiée et cohérente. Cette approche a plusieurs objectifs :

- ☞ **favoriser la lisibilité** des dispositifs qui composent le réseau et en favoriser l'accès ;
- ☞ **développer les compétences** des acteurs et augmenter leurs effectifs ;
- ☞ **accompagner la réinsertion** ;
- ☞ **adapter les structures ambulatoires** médico-psychosociales et hospitalières spécialisées en alcoologie, aux besoins repérés ;
- ☞ **développer les systèmes d'information** ;

- ☞ **faciliter la prise en charge de co-addictions** même si chaque addiction a ses caractères spécifique ; il n'est pas acceptable que dans un réseau de prise en charge, des usagers de drogues, alcoolodépendants ne soient pas référés au spécialiste de l'alcoolodépendance et réciproquement.
- ☞ surtout, **évaluer l'efficacité de ces dispositifs**.

La difficulté est de passer du niveau conceptuel à la **réalité** des soins. L'organisation d'un réseau est toujours difficile car il rassemble des acteurs venant d'horizons divers aux objectifs généralement différents ou aux cultures différentes. Le réseau ne doit pas être une « invocation » vide de sens, il doit être l'engagement d'une responsabilité collective autour d'un sujet souffrant. Il ne doit pas être le champ clos de lutte d'influences.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant. L'organisation des soins et l'accompagnement du sujet alcoolodépendant est actuellement totalement insuffisant ; ils justifient que des **moyens financiers précis** soient consacrés à développer et renforcer l'ensemble des dispositifs existants en prenant en compte leur équilibre au niveau régional.

QUESTION 3 – COMMENT GÉRER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DÉPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DÉPENDANCE) ?

INTRODUCTION

Le sevrage alcoolique est source de rupture d'un équilibre précaire, qui amène certaines personnes à accentuer l'usage, ou plus rarement expérimenter d'autres substances psychoactives. En effet, leur souffrance ne trouvant pas de soulagement dans l'abstinence, ceux-ci peuvent être amenés à avoir des comportements de **compensation** ou de transfert de dépendance, plus ou moins durables. Dans ces situations, un accompagnement thérapeutique adapté est nécessaire pour aider la personne à l'élaboration d'un projet de vie vers l'autonomie.

ALCOOL ET TABAC

L'association alcool-tabac est fréquente : 75 à 95 % des alcoolodépendants sont également des fumeurs. La comorbidité alcool-tabac est à l'origine de répercussions somatiques majeures par potentialisation de l'effet de ces deux toxiques, en particulier dans l'émergence de complications néoplasiques : la surmortalité qui en résulte est due en premier lieu au tabagisme, représentant ainsi, un grave problème de santé publique. La dépendance tabagique préexiste généralement par rapport à la dépendance éthylique, la dépendance pharmacologique à la nicotine s'installant très rapidement. Consommations tabagique et éthylique sont le plus souvent intriquées, caractérisées par une relation bi-directionnelle entre ces deux dépendances avec, néanmoins, une relation plus marquée dans le sens alcool → tabac.

Il n'en demeure pas moins que, longtemps, les soignants ont relégué la prise en charge de la dépendance tabagique au second plan, par crainte de mettre en échec le sevrage alcoolique, allant même jusqu'à contre-indiquer un double sevrage.

Spontanément, lors du sevrage alcoolique, on observe une modification de la consommation tabagique, les fumeurs « modérés » (moins de 30 cigarettes/jour) accroissent le nombre de cigarettes quotidiennes, tandis que les gros fumeurs (plus de 30 cigarettes/jour) la diminuent. Il s'agit

en fait d'une adaptation comportementale, car il n'existe pas de variation de l'absorption de nicotine chez ces fumeurs.

Selon différentes études, 10 à 50 % des patients alcoolodépendants témoignent d'un intérêt pour l'arrêt du tabac lors d'une démarche de soin alcoolologique. Cette période de sevrage constitue donc un **moment privilégié** de remise en question, de modification globale de ses conduites addictives. Il est nécessaire que le soignant sache saisir cette opportunité pour, d'une part, évaluer le statut et l'intensité de la dépendance tabagique du patient, et d'autre part son stade de motivation. Le soignant devra appréhender les attentes et croyances du sujet concernant le tabac (par exemple gestion du stress) et évaluer son état psychologique.

A partir de ces éléments, il s'agira soit d'envisager de construire ensemble un projet de sevrage tabagique immédiat ou différé, soit de permettre une évolution de sa motivation et de son désir. Le seul traitement validé repose sur l'usage des substituts nicotiques en associant deux formes galéniques (timbres et gommes ou timbres et comprimés) et en utilisant des doses plus élevées. Ces deux conditions s'imposent en raison **d'une plus forte dépendance pharmacologique à la nicotine** chez l'alcoolodépendant et afin de mieux répondre au **craving** (appétence compulsive). En complément du traitement médicamenteux, on utilisera préférentiellement les thérapies cognitives comportementales.

La seule contre-indication temporaire au sevrage tabagique est **l'état dépressif**. En cas de dépression secondaire, les troubles thymiques disparaissant spontanément au décours du sevrage, un sevrage tabagique pourra être rapidement proposé. En revanche, en cas de dépression primaire, lorsque les troubles thymiques perdurent, il s'impose de les traiter préalablement à l'aide d'un médicament antidépresseur. On attendra la normalisation de l'humeur avant d'envisager un sevrage tabagique.

Des études portant sur le bupropion ont évalué l'efficacité de cette molécule dans le sevrage tabagique du fumeur alcoolodépendant dépressif, mais cette molécule n'est pas encore commercialisée en France et ne constitue pas un traitement antidépresseur.

Aucune étude ne démontre un taux de rechute alcoolique supérieur en cas de double sevrage.

RECOMMANDATIONS

- La **formation** des soignants en matière de tabacologie est recommandée pour favoriser une meilleure qualité de l'accompagnement ;
- Tout en respectant le rythme et le parcours du patient, il convient de toujours favoriser l'évolution de la motivation du sevrage tabagique ;
- Il convient de proposer systématiquement un **sevrage tabagique** dans les suites immédiates ou à distance du sevrage éthylique, en tenant compte, bien entendu, du désir du patient ;
- Le jury met en garde les praticiens **contre la prescription systématique de psychotropes**, lors du sevrage tabagique ;
- Il conviendrait de sensibiliser les pouvoirs publics au **remboursement** des substituts nicotiques, leur coût entravant la démarche de soins des populations les plus défavorisées.

ALCOOL ET MEDICAMENTS

Plusieurs classes médicamenteuses possèdent un potentiel addictif (opiacés, carbamates...), mais celui des benzodiazépines (BZD) est le plus important. La similitude des effets de l'alcool et des BZD explique probablement la fréquence du double usage (estimée à 30 à 40 % avant sevrage) puis la poursuite de la consommation des BZD après arrêt de l'alcool. Ceux-ci exposent, en outre, à certains risques : altérations psychiques, troubles cognitifs, risque accru d'accident. Néanmoins, les BZD constituent le traitement de première intention du sevrage éthylique. Leur dispensation devra, de préférence, être **arrêtée** en moins de 8 jours afin de prévenir un risque de dépendance. En cas de comorbidité anxieuse, et lorsque les troubles anxieux persistent à distance du sevrage, il convient d'instituer ou de poursuivre un traitement anxiolytique, en choisissant de préférence les sédatifs

mineurs. Les **troubles du sommeil** sont fréquents à tout moment du parcours de l'alcoolodépendant, y compris dans le post-sevrage, et constituent une demande médicamenteuse habituelle. Il est alors préférable de privilégier des conseils hygiéno-diététiques et en seconde intention, d'avoir recours à des molécules autres que les BZD. Quelle que soit la molécule, lorsque l'état psychique du patient le permet, il conviendra d'éviter de la prescrire au long cours.

Il serait dangereux d'imposer un sevrage simultané de ces deux substances aux patients présentant une double dépendance à l'alcool et aux BZD.

Si un sevrage au BZD est décidé, celui-ci sera **différé** d'au moins une semaine, en tenant compte des précautions suivantes :

- remplacement de la ou des molécules utilisées par un produit unique à demi-vie longue ;
- prescription de doses dégressives (baisse de 25 % par palier de 3 jours).

Au décours du sevrage éthylique, le risque de **transfert de dépendance** de l'alcool vers les BZD est **indéniable**. Ce détournement d'usage peut engendrer de graves conséquences somato-psychiques et comportementales. Dans ce cas de figure, une hospitalisation s'avère souvent nécessaire compte tenu de la difficulté de ce sevrage.

RECOMMANDATIONS

- La connaissance du potentiel addictif d'un médicament impose une vigilance particulière lorsqu'il est prescrit à des personnes présentant déjà une conduite de dépendance, en l'occurrence à l'alcool.
- La prescription de BZD dans le sevrage éthylique sera limitée à 8 jours ;
- Le dépistage de troubles anxieux ne doit pas conduire systématiquement à la prescription de BZD ;
- Si un traitement anxiolytique s'avère nécessaire, on privilégiera le recours aux molécules à demi-vie longue ;
- Il conviendra de toujours informer le patient des risques somato-psychiques liés à l'usage de BZD ainsi que du risque de transfert de dépendance ;
- Aucune étude n'ayant démontré, à ce jour, d'effet bénéfique des BZD sur le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants sevrés, celles-ci doivent être administrées avec la plus grande prudence.

LES SUBSTANCES ILLICITES ET LES PRODUITS DE SUBSTITUTION

Substances illicites

Les alcoolodépendants et polyconsommateurs de substances illicites nécessitent une prise en charge spécifique et adaptée, afin de mieux appréhender les risques multiples du post-sevrage. Dans un premier temps, il convient de connaître les substances licites et illicites consommées et d'évaluer le type d'usage, voire l'intensité de la dépendance.

Ceci permet d'appréhender :

- les phénomènes de tolérances croisées ;
- les transferts ou compensations de dépendance ;
- les risques de syndromes de sevrages successifs.

Dans un deuxième temps, il est nécessaire d'évaluer les motivations, les demandes et priorités du patient afin de préciser, ensemble, les objectifs du projet thérapeutique.

Il convient de préconiser des sevrages successifs, en tenant compte de leur dangerosité. Ainsi, dans le cas de la toxicomanie, un sevrage opiacé, ou le plus souvent un traitement de substitution sera proposé en première intention.

L'essentiel des phénomènes de transferts de dépendance concerne les héroïnomanes ou les autres formes de consommation régulières d'opiacés. 30 à 50 % de ces patients, après un sevrage aux

opiacés évoluent vers une consommation abusive d'alcool, voire une alcoolodépendance. En revanche, aucune étude significative ne rapporte de reprise de la consommation d'opiacés, après un sevrage éthylique. L'alcoolodépendance chez le toxicomane, substitué ou non, nécessite un accompagnement particulier, compte tenu de la spécificité de cette double addiction.

L'alcoolodépendant n'ayant jamais (ou peu) consommé de substances psychoactives illicites, les expérimente rarement après le sevrage éthylique.

Lorsqu'il existe préalablement une consommation de cannabis, celle-ci n'est que peu influencée par le sevrage éthylique. Dans la pratique, la majorité de ces usagers présente une consommation récréative ou contrôlée de cannabis, sans perturbations somato-psychiques particulières. Se pose alors la question de l'attitude du soignant face à cet usage (lorsqu'il est contrôlé).

En tant que thérapeute, comment se positionner entre une référence scientifique (le rapport ROQUES classe le cannabis parmi les drogues légères), et la loi ?

Produits de substitution

Il ne faut pas confondre :

- le traitement de substitution – qui est un traitement à part entière : AMM, prescription médicale, respect par le patient des règles de prescription et autonomie dans la gestion de ce traitement ;
- et le mésusage du produit de substitution, qui s'inscrit dans le continuum d'une conduite toxicomaniaque.

L'instauration d'un traitement de substitution suppose comme préalable une alliance thérapeutique spécifique. Ce traitement s'inscrit dans la durée et n'a pas comme objectif son interruption.

LES COMPENSATIONS ALIMENTAIRES

Alors qu'il existe chez le consommateur excessif (> 70 à 100 gr d'alcool/jour) une baisse de l'apport calorique nutritionnel, une anorexie relative avec amaigrissement, on note au décours du sevrage une nette modification de ses conduites alimentaires. En effet, parallèlement à une augmentation de l'appétit et du poids existent fréquemment des comportements de grignotage, d'hyperphagies ou encore de pulsions alimentaires, évoquant des formes mineures de troubles du comportement alimentaire.

On note une appétence marquée pour les produits sucrés (confiseries, desserts, boissons hyperglucidiques...) pouvant correspondre à une compensation orale hédonique, mais aussi à une compensation au déficit sérotoninergique engendré par l'arrêt d'alcool. Cet apport excessif de sucres d'absorption rapide peut également contribuer à réguler des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les alcoolodépendants, il existe, en particulier chez les femmes, une association fréquente avec des troubles du comportement alimentaire préexistants. La prévalence de la boulimie est comprise entre 12 et 20% et on observe fréquemment une majoration des troubles au décours du sevrage éthylique.

Afin de prévenir une prise de poids excessive et d'éviter que ne s'installe une tendance au grignotage, les mesures suivantes sont préconisées :

- des **conseils diététiques** visant à limiter l'apport hyperglycémique, à rééquilibrer les repas et manger à heures fixes sont, en général, suffisants ;
- une **aide psychothérapeutique** (intérêt d'une thérapie comportementale) peut être secondairement proposée ;
- l'efficacité d'un traitement médicamenteux (IRS, naltrexone) reste à évaluer.

RECOMMANDATIONS

La prévalence des comportements de compensation alimentaire et parfois de boulimie justifie leur dépistage précoce et la dispensation de conseils diététiques simples.

QUESTION 4 – QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES TROUBLES ?

INTRODUCTION

Une personne alcoolodépendante, après son sevrage, est souvent confrontée ou exposée à de multiples difficultés venant se mêler à celles de son abstinence. Ces troubles se déploient dans les dimensions psychiques et somatiques qui requièrent des procédures attentives de surveillance et de dépistage. Bien que n'étant pas d'ordre pathologique, les difficultés sociales, quelquefois majeures, souvent associées, montrent bien la nécessité de la prise en charge globale de la personne.

L'intrication de ses difficultés culmine chez les sujets en état de grande exclusion, où se révèle de manière particulièrement nette l'impératif de toujours adapter les objectifs de prise en charge au contexte particulier du sujet.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

La population alcoolodépendante est particulièrement exposée aux troubles psychiatriques. Une étude confirme cette association chez 44 % des hommes et 65 % des femmes. Les pathologies psychiatriques les plus fréquentes, sur lesquelles portent les principales études épidémiologiques, sont la dépression, l'anxiété et les troubles psychotiques. Pour autant, il convient d'être attentif aux autres troubles psychiques, moins systématisés, relevant de troubles de la personnalité, **et aux difficultés rencontrées dans la sexualité.**

Ces troubles relèvent de la prise en charge globale du sujet, dans laquelle devront être intégrés les traitements spécifiques à chaque affection. A ce propos, le jury souligne *à nouveau* que le suivi d'une personne alcoolodépendante après sevrage ne relève pas d'une prescription systématique de médicaments psychotropes.

Dépression

Le risque dépressif après sevrage

La prévalence de la dépression varie selon le moment où elle est recherchée. 80 % des alcooliques présentent des symptômes dépressifs : 67 % au début du sevrage, et seulement 13 % après 7 à 10 jours de sevrage.

D'autres études confirment cet effet **bénéfique du sevrage** sur le **trouble de l'humeur**. Seuls 10 à 15 % des épisodes dépressifs majeurs présents au moment du sevrage persistent après un mois. A plus long terme, il persiste un lien entre dépression et alcoolisme. Une étude a montré que dans la majorité des cas les améliorations comme les rechutes sont intriquées.

Dépression primaire et secondaire

Il convient de distinguer les troubles de l'humeur primaires, préexistants à l'alcoolisation, des troubles secondaires, provoqués par la consommation d'alcool. Toutefois, dans la plupart des cas, cette distinction est peu perceptible avant le sevrage.

Les dépressions primaires sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Une étude montre que la dépression précède l'alcoolisme dans 66 % des cas féminins et dans 22 % des cas masculins. La survenue ou la persistance d'un état dépressif après sevrage peuvent être interprétés comme une dépression primaire, ou une dépression secondaire entretenue par un sevrage incomplet.

Trouble bipolaire

Chez les patients alcooliques maniaco-dépressifs (présentant une alternance d'excitations maniaques et de phases mélancoliques), les manifestations pathologiques sont plus graves, ce qui favorise les recours à l'alcool.

Risque suicidaire

Les patients alcooliques sont exposés à un risque suicidaire particulièrement élevé.

L'abus d'alcool ou la dépendance multiplient par 8 le risque suicidaire. **Celui-ci est multiplié par 90 si la consommation d'alcool est supérieure à 100 grammes par jour.**

Le jury souligne le fait qu'il s'agit là d'un **argument majeur** qui impose l'évaluation systématique de ce risque chez tout alcoolodépendant, et la recherche chez tout suicidaire d'une alcoolodépendance.

RECOMMANDATIONS

En règle générale, une période de deux à quatre semaines de sevrage est préconisée avant d'envisager d'introduire un traitement antidépresseur. Après ce délai, la persistance en effet d'une symptomatologie dépressive doit faire rechercher un échec du sevrage, et si ce n'est pas le cas, un traitement antidépresseur peut alors être mis en route. Ce principe d'un délai avant traitement doit être remis en cause en cas de gravité du syndrome dépressif, en raison du risque suicidaire. Si celui-ci paraît élevé, l'indication d'hospitalisation s'impose.

Chez l'alcoolique déprimé, les antidépresseurs sont prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies (en l'absence d'insuffisance hépatique sévère), pendant la même durée et avec la même efficacité que dans les autres formes de dépression. Les molécules ayant le meilleur rapport efficacité/tolérance seront préférées. A ce sujet, le jury recommande que des études de pharmacovigilance soient conduites.

En cas de trouble bipolaire, l'indication d'un thymorégulateur est indiscutable. L'efficacité des sels de lithium est moindre chez les alcooliques présentant un trouble bipolaire que chez les patients non alcooliques.

Anxiété

Les symptômes anxieux sont fréquents chez les alcooliques, 9,4 % contre 3,7 % dans la population générale. Après sevrage, leurs manifestations n'ont rien de spécifique, en soulignant toutefois l'importance des troubles du sommeil.

Ces symptômes sont les plus souvent induits par les intoxications alcooliques et/ou les sevrages, et disparaissent la plupart du temps avec la poursuite de l'abstinence.

En cas de troubles anxieux primaires (phobies, trouble panique, anxiété généralisée), les indications thérapeutiques sont identiques à celles utilisées chez les patients non-alcooliques.

RECOMMANDATIONS

En cas de phobie sociale, les thérapies comportementales ont fait la preuve de leur efficacité. Les benzodiazépines ne sont pas conseillées en raison du risque de consommation abusive. On leur préférera les bêtabloquants, qui peuvent réduire l'anxiété de performance.

L'attaque de panique et l'anxiété généralisée seront traitées par la prescription ponctuelle et discontinuée de benzodiazépines.

En cas d'insomnie persistante, il est important de privilégier des conseils hygiéno-diététiques, en évitant autant que possible les prescriptions d'hypnotiques.

Dans l'anxiété généralisée et le trouble panique, la prescription d'antidépresseurs en fonction de l'AMM, peut s'envisager au long cours.

Les thérapies comportementales et cognitives seront associées aux tranquillisants dans le cadre de la prise en charge globale.

Troubles psychotiques

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance et se rencontrer après le sevrage. Les principaux troubles psychotiques en cause sont les suivants :

La schizophrénie

La fréquence de l'association entre schizophrénie et alcoolisme est peu discutable même si les chiffres de prévalence varient selon les études (entre 15 % et 35 % des schizophrènes présentent une dépendance alcoolique). L'alcoolisme est également un facteur de gravité de la schizophrénie.

Les délires chroniques paranoïaques (délire de jalousie ou de persécution)

L'adhésion à ces délires expose au risque de passage à l'acte dangereux.

Les états délirants hallucinatoires et anxieux (hallucinose de Wernicke)

Cette pathologie provoque parfois des troubles graves du comportement.

Il faut noter que le risque de dyskinésies tardives sous traitement neuroleptique est augmenté en cas d'alcoolisme actuel ou dans les antécédents.

RECOMMANDATIONS

Ces patients relèvent des traitements et des mesures habituellement mis en œuvre dans ces indications.

Troubles de la personnalité

Il existe fréquemment des troubles de la personnalité, causes ou conséquences de l'abus d'alcool, qui viennent participer à la clinique de la maladie addictive, et qui persistent après le sevrage. On peut y retrouver des troubles des conduites (impulsivité, violences, levée des inhibitions, transferts d'addictions), et des troubles de la relation et de l'affectivité dont la traduction familiale peut être une co-dépendance. L'*incapacité* du patient à désigner *clairement* ses émotions et ses sentiments est souvent présente (alexithymie).

Difficultés sexuelles

La sexualité est fréquemment perturbée. Il s'agit là d'un point majeur, **souvent méconnu**, central pour l'équilibre du couple et l'estime de soi. Malgré l'espoir de la restauration d'un nouvel équilibre conjugal et du retour à une vie sexuelle satisfaisante, l'arrêt de l'intoxication alcoolique n'est pas toujours rapidement suivi de l'effet attendu. Il est même souvent constaté que c'est après le sevrage qu'apparaissent ou s'accroissent ces difficultés. Il n'est pas toujours facile pour un alcoolique de reprendre sa place au sein du couple et de sa famille. Cette déception est souvent source de rechutes et d'échecs.

RECOMMANDATIONS

La prise en charge de ces troubles de la personnalité et des difficultés sexuelles relève du projet et des moyens de la prise en charge globale.

L'attention portera, entre autres, sur la revalorisation narcissique et le réinvestissement de la vie affective et sexuelle.

TROUBLES SOMATIQUES

Les troubles somatiques de l'alcoolodépendant sont extrêmement fréquents et s'améliorent pour la plupart avec le sevrage. Cependant, certains points méritent une vigilance particulière.

La cirrhose

Il est bien établi que la poursuite de l'abstinence améliore le pronostic de la cirrhose. Les benzodiazépines ne seront utilisées qu'avec une extrême réserve, mais les autres thérapeutiques psychotropes sont utilisables, avec précaution en cas d'insuffisance hépatique sévère.

L'hépatite virale C

La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est augmentée de façon significative chez les malades alcooliques par rapport à la population générale, pour des raisons mal identifiées (méconnaissance d'une toxicomanie ancienne, de blessures, de contamination iatrogène lors d'hospitalisation itératives, voire de biais de dépistage). L'ensemble des études semble démontrer que la consommation d'alcool chez les malades contaminés par le VHC favorise l'augmentation de la charge virale, la progression de la fibrose, le risque d'apparition d'une cirrhose et d'un cancer du foie. De plus, la consommation d'alcool est un facteur limitant de l'efficacité thérapeutique de l'interféron.

En conséquence, il est important de proposer un dépistage de l'infection par le VHC, et de dépister l'alcoolodépendance chez tout porteur du VHC. L'accompagnement est encore plus indispensable, chez ces patients, en raison des conséquences particulièrement néfastes d'une reprise alcoolique.

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage

La plupart des cancers des VADS et de l'œsophage sont liés, en Europe, à la synergie des effets de l'alcool et du tabac.

Il est donc important de proposer un double sevrage et un dépistage régulier de ces cancers.

L'hypertension artérielle

L'alcoolisme chronique est l'un des grands facteurs oubliés de l'hypertension artérielle. Il est donc important de ne prendre une décision thérapeutique à ce sujet qu'après un délai de trois semaines après le sevrage. A l'inverse, l'apparition d'une hypertension artérielle plusieurs mois après un sevrage doit faire rechercher la consommation de glycyrrhizine (contenue, entre autres, dans le pastis sans alcool et la réglisse) qui peut en être responsable et favoriser également les troubles du rythme cardiaque du fait d'une hypokaliémie.

Syndrome de Korsakoff et autres troubles cognitifs

Le syndrome de Korsakoff

Cette maladie invalidante, qui peut suivre une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, et qui peut atteindre des adultes relativement jeunes, est probablement sous-évaluée quant à sa prévalence. Il est constaté l'absence de traitement spécifique et de structures d'accueil adaptées à cette affection.

Une évolution favorable ayant été constatée dans 20% des cas quand l'abstinence est obtenue, le jury souligne l'intérêt d'une prise en charge précoce, et la nécessité de l'attention particulière à apporter au devenir de ces malades trop souvent négligés.

Autres troubles cognitifs

Ces troubles compliquent les divers aspects de la prise en charge du patient et nécessitent un accompagnement adapté.

RECOMMANDATIONS

Des procédures attentives de surveillance et de dépistage des troubles somatiques doivent être mises en place :

- le dépistage de l'infection par le VHC, et l'orientation du malade en cas d'alcoolodépendance avec son accord vers une structure spécialisée pour cette prise en charge de l'addiction ;
- le dépistage des cancers des VADS et de l'œsophage ;
- la surveillance des patients atteints de cirrhose et des précautions dans la prescription médicamenteuse ;
- la surveillance de la tension artérielle ;
- le dépistage et la prise en charge adaptée des troubles cognitifs.

PROBLEMES POSES PAR LA GRANDE EXCLUSION

Une étude de l'Observatoire du Samu Social de Paris en 1999, dans un travail transversal, multicentrique et déclaratif, constate que sur 275 personnes sans-abri, 76 % consomment régulièrement de l'alcool (moyenne autour de 3 litres de vin/jour) et 82 % des personnes fument plus d'un paquet de cigarettes par jour. Quelle que soit la durée de l'errance, la plupart des personnes consommaient avant d'être à la rue. Toutefois, 20 % des personnes qui boivent ont commencé leur alcoolisation lorsqu'elles se sont retrouvées à la rue.

Les problèmes rencontrés sont l'absence d'hygiène, la malnutrition et l'alcool-tabagisme souvent majeur. Les conduites addictives sont souvent multiples et relativement peu spécifiques aux produits. S'y rajoutent régulièrement une absence de demande, et une mise en échec des démarches d'aide ou de soins.

Les priorités de ces personnes restent le manger, le boire, le vêtir et le loger. Cependant, il est assez étonnant de constater que lorsqu'elles rentrent dans un centre d'accueil, leurs consommations diminuent spontanément sans aide psychologique spécifique et en tout cas sans cure de sevrage.

L'alcoolisme s'avère être une maladie liée à la grande exclusion, et il convient d'être réaliste dans les objectifs poursuivis.

L'obtention d'un relatif contrôle des consommations, rendant possible une vie en collectivité, peut apparaître comme un objectif appréciable. Ce n'est qu'ultérieurement, après un lourd travail multidisciplinaire, que pourrait être envisagé raisonnablement un sevrage suivi d'une abstinence durable.

Pour ces raisons, il n'apparaît pas possible de proposer des recommandation adaptées à ces personnes dans le cadre d'un suivi après sevrage. Pour autant, le jury souligne l'importance d'une mobilisation des moyens à mettre en œuvre pour leur accompagnement médico-psychosocial.

QUESTION 5 – COMMENT ÉVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLO-DEPENDANT SEVRÉ ?

INTRODUCTION

De nombreux moyens d'accompagnement sont proposés aux sujets alcoolodépendants sevrés. Ces moyens ont été peu évalués seuls ou en association. Quand ils le sont, l'évaluation s'est souvent limitée à une mesure d'activité et a peu porté sur l'efficacité. Les publications réalisées sont très hétérogènes sans similitudes des procédures, sans protocole commun. De rares publications françaises de la SFA ont essayé de dégager des facteurs prédictifs de l'obtention d'une abstinence ou d'une consommation contrôlée occasionnelle.

L'évaluation du résultat doit porter sur le malade pris dans sa globalité. Si le maintien de l'abstinence est un élément incontournable dans l'aide thérapeutique apportée au malade, il ne peut être considéré comme une fin en soi. Le mieux être du sujet est la priorité des soins, au-delà du problème de l'alcool.

Des études contrôlées sur l'efficacité des moyens proposés sont indispensables pour permettre une véritable sortie de la situation actuelle de marasme où se pérennisent des pratiques empiriques. Elles devraient porter sur l'ensemble des malades à qui est proposée une méthode d'accompagnement. Il faut tendre à limiter le nombre des perdus de vue en expliquant aux malades la nécessité de l'évaluation dès le début de l'accompagnement ; il faut les dénombrer dans les statistiques et essayer de les retrouver, la signification de leur perte de vue n'étant pas univoque.

Les populations sur lesquelles sont effectuées les études sont toujours très hétérogènes ; afin d'affiner l'appréciation de l'efficacité des moyens d'accompagnement, il faut s'appliquer à constituer des sous-groupes homogènes de malades, définis selon des facteurs communs.

La recherche de facteurs prédictifs de réponse doit être encouragée (même si l'étude «Match» n'a mis en évidence que l'influence des troubles psychiatriques associés).

Cette étude inclut 1 726 alcoolodépendants durant 5 ans. La comparaison de 3 groupes, l'un soumis à des séances de psychothérapie cognitive et comportementale, un autre à un cycle de 20 réunions organisées sur la base théorique des mouvements d'anciens buveurs et un dernier recevant une intervention minimale dénommée motivationnelle, n'a pas démontré de différences significatives entre chaque groupe. Les critères principaux d'évaluation à 18 mois étaient une amélioration sur des critères alcoologiques primaires (consommation) et secondaires (qualité de vie, fonctionnement). L'ajustement de l'efficacité sur le coût est en faveur de la thérapeutique la moins chère (thérapie motivationnelle).

INDICATEURS D'ÉVALUATION DES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT

Les indicateurs proposés sont destinés à évaluer les résultats des méthodes d'accompagnement. Ils doivent pouvoir s'appliquer à tous les moyens d'accompagnement proposés tant pour la réalisation d'essai comparatifs que pour le suivi des patients dans le quotidien.

Le jury souhaite que l'état du sujet soit apprécié dans toute sa globalité médico-psycho-sociale.

Pour cela, il propose que les indicateurs suivants soient pris en compte :

Indicateurs de qualité de vie

Il existe peu d'échelles de qualité de vie adaptées à la France, pour mesurer de manière prospective l'évolution du sujet alcoolodépendant. Cela justifie qu'un effort important soit fait dans ce domaine.

Indicateurs de bien-être et de l'état psychologique

Il existe de nombreuses grilles d'appréciation qui peuvent être utilisées pour évaluer le résultat d'une méthode d'accompagnement (échelle de Beck pour la dépression, échelle d'Hamilton pour l'anxiété).

Indicateurs de santé physique : morbidité-mortalité-appréciation des facultés cognitives-comorbidités

Certains questionnaires standardisés comportent des critères d'amélioration somatique. Ils sont peu utilisés dans les publications françaises.

Indicateurs d'état social et familial

Les instruments de mesure d'accompagnement sont nombreux ; quelques uns semblent de qualité, ainsi l'A.S.I., d'usage complexe et plutôt réservé à des protocoles de recherche. Il a cependant des avantages : portant sur l'ensemble des dépendances, il mesure notamment le fonctionnement familial, social, professionnel et juridique.

Indicateurs de consommation d'alcool (et d'appétence)

La mesure de la consommation d'alcool doit comporter d'une part des éléments déclaratifs fournis par le sujet, basés :

- sur des **données quantitatives**, comme la consommation, par exemple :

- ☞ en quantité par jour ;
- ☞ ou en journées d'alcoolisation par semaine ;
- ☞ ou en pourcentage de jours d'abstinence sur toute la période considérée ;
- ☞ ou en pourcentage de patients abstinents.

- sur des **données qualitatives** comme la pulsion brutale d'appétence à l'alcool (craving)

La mesure de la consommation d'alcool doit comporter par ailleurs des dosages biologiques, afin de disposer des données objectives sur la consommation. Le marqueur le plus utilisé et le plus disponible est la combinaison de la mesure du volume globulaire moyen (VGM) et de l'activité de la Gamma-Glutamyl-Transpeptidase (Gamma-GT). L'utilisation de l'activité de la Carboxy-Désoxy-Transferrine (CDT) ne fait pas actuellement l'objet de consensus.

Ces données de consommation permettront de mesurer la durée de l'abstinence continue.

En cas de reprise de l'alcoolisation, le jury propose que l'amélioration soit évaluée sur d'autres critères que l'abstinence et la rechute, comme la longueur des périodes d'abstinence naturellement corrélée à la qualité de vie, en termes de fréquence des conduites pulsionnelles, durée des périodes d'abstinence, réinsertion sociale, familiale et professionnelle.

QUAND EVALUER ?

Le jury estime qu'il n'existe **pas de délai idéal** pour effectuer l'évaluation.

En raison de la fréquence des rechutes précoces, une première évaluation après un délai de 3 ou 6 mois à 1 an paraît pertinente.

Par ailleurs, la possibilité d'obtenir une amélioration après plusieurs périodes de réalcoolisation justifie de procéder à une évaluation plus tardive, proposée de façon empirique, de 3 à 5 ans après le début de l'accompagnement.

QUI DOIT EVALUER ?

La méthode d'accompagnement utilisée doit être évaluée **par le thérapeute et par le sujet lui-même**.

EVALUATION DES PROCEDURES

Des indicateurs adaptés devront permettre d'évaluer les procédures mises en œuvre par les différents intervenants (modalités d'accueil, moments de la présentation du cursus de l'accompagnement).

RECOMMANDATIONS

Le jury souligne l'importance de valider scientifiquement les méthodes d'accompagnement proposées actuellement, séparément ou en association.

Le jury constate l'absence courante dans les études déjà réalisées de l'utilisation d'indices composites, prenant en compte simultanément la réalité bio-psycho-sociale de l'individu et sa consommation d'alcool.

Le jury recommande fortement la mise au point d'une nouvelle échelle consensuelle, adaptée à la France, mesurant les indicateurs évoqués pour réaliser des essais contrôlés.

Le jury juge totalement indispensable également, qu'à côté de l'écoute inévaluable par les critères habituels, soient mis au point les instruments de mesure d'indicateurs standardisés et plus simples, inspirés de l'échelle précédente, pour le suivi courant des malades alcoolodépendants par les différents intervenants de l'accompagnement.

CONCLUSION

L'alcoolodépendance demeure une pratique addictive spécifique, même si l'association croissante à d'autres dépendances des conduites d'alcoolisation chroniques et compulsives rend de plus en plus complexe l'abord thérapeutique ; s'il ne s'agit pas d'une maladie comme les autres, c'est une maladie au même titre que les autres.

Après le passage obligé du sevrage, l'accompagnement ne peut se limiter à des **improvisations** en fonction du jugement de telle ou telle structure ou de telle ou telle expérience professionnelle.

Il doit au contraire se fonder sur un véritable projet de soins, le plus **scientifiquement validé** possible (malheureusement présent la plupart du temps que dans des publications en langue anglaise).

À cet égard, trois notions fortes se dégagent de cette conférence de consensus :

- ☞ **L'information du sujet** alcoolodépendant et des intervenants divers sur les **possibilités** offertes pour le suivi et la prise en charge pluridisciplinaires, doit faire l'objet d'un **document écrit** adapté à la région d'intervention ;
- ☞ Des **outils validés**, qui pourront éventuellement un jour aboutir à des scores standardisés le plus objectifs possible, doivent intégrer non seulement les antécédents quantitatifs et qualitatifs du rapport à l'alcool selon diverses échelles proposées, mais aussi **l'importance de la motivation** et de son évolution à l'égard de l'abstinence, des mesures biochimiques, **l'évaluation cognitivo-comportementale**, les divers facteurs **sociaux, familiaux, professionnels** et enfin l'état de santé somatique. Ces outils diffusés largement à l'ensemble de la communauté des soignants ne remplaceront jamais, bien sûr, l'importance de la **relation personnelle** et de l'entretien. Ils permettront cependant, non seulement un suivi évolutif, mais, l'évaluation de l'efficacité des différentes modalités thérapeutiques en fonction de critères de base les plus objectifs possible. Le temps n'est plus à la simple générosité d'une approche simplement fondée sur l'expérience. Ces « standards » disponibles permettraient seuls l'instauration de programmes de recherche et une réelle évaluation **de ce qui est encore le fruit d'efforts dispersés**.
- ☞ En l'absence de toute évaluation scientifique valable disponible, il est absolument nécessaire d'encourager la coexistence d'une **pluralité** de prises en charge, reposant sur le médecin généraliste, les unités hospitalières et la mise en réseau des intervenants comprenant les CHAA.
 - le médecin généraliste doit, par son rôle de proximité, être encouragé à **dépister**, à proposer le sevrage et suivre au long cours l'alcoolodépendant en rapport avec les autres intervenants ;
 - les unités hospitalières spécialisées, actuellement **insuffisantes** pour répondre à une forte demande dans des délais raisonnables, doivent sensibiliser le dispositif général hospitalier à l'accueil des alcoolodépendants en étant conscientes du coût généré par leur activité ;
 - la mise **en réseau** des intervenants, soignants, travailleurs sociaux, bénévoles, associations, encouragés par une volonté **politique clairement exprimée** doit être **centrée sur le sujet** et non sur des structures administratives lourdes et figées.

Ces trois types de prises en charge, non seulement ne doivent pas être concurrents, mais doivent fonder leur efficacité sur un effort de rationalisation permettant une évaluation permanente à partir des outils proposés.

L'importance des objectifs de l'accompagnement de l'alcoolodépendant en termes de santé publique met en lumière la **faiblesse actuelle** des moyens disponibles. L'extrême **indifférence** à la question de l'alcoolodépendance observée jusqu'à présent dans notre société politique, civile, culturelle et professionnelle (en dehors du milieu alcoologique) ne peut servir de paravent à un renoncement **irresponsable**, et si lourd de conséquences pour l'avenir.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13