

Alcool et recherche DU LABORATOIRE AU MALADE

Instituts
thématiques



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

JEUDI 11 DÉCEMBRE 2014
De 9h30 à 16h

HÔPITAL SAINT-LOUIS
Amphithéâtre Hayem
14 rue de la Grange aux belles
75010 Paris

ALCOOL
AU FÉMININ

5^e Rencontre-débat avec les associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool

EDITO

Cher(e)s ami(e)s, cher(e)s collègues,
Cette année est la 5^{ème} édition de la journée
Rencontre-Débat Inserm-Associations d'en-
traide aux personnes en difficulté avec l'alcool.
Pendant les 4 sessions précédentes nous
avons débattu sur de très nombreux sujets : la
dépendance, la violence, la mémoire, la géné-
tique, la neurobiologie, l'addiction, le DSM
etc.....

Mais curieusement nous ne nous sommes pas
encore intéressés au genre, en l'occurrence
les spécificités de l'alcoolisation ou de l'alcoo-
lisme selon qu'on est homme ou femme.
Peut-être parce que l'alcoolisme est dans nos
représentations sociales d'abord une histoire
d'homme ?

Cet oubli, volontaire ou non, va être réparé
cette année puisque un des thèmes de la
journée concerne l'alcoolisme au féminin.
Après un rapide tour d'horizon des raisons
biologiques pouvant expliquer la toxicité
différentielle de l'alcool en fonction du sexe,
nous aborderons les particularités cliniques
et thérapeutiques de la problématique alcool
chez les femmes. Quant aux associations
d'entraide, elles exposeront et débattront des
modalités d'accueil et de prise en charge des
femmes en leur sein.

L'autre thème est la réduction des risques.
Que signifie ce concept ? Les associations
d'entraide peuvent-elles s'en emparer ? Si oui,
comment, si non pourquoi ? Ce thème vient
dans la droite ligne de celui de l'an dernier
« de l'alcoolisme à l'addiction » où justement
la question de la consommation contrôlée
avait été soulevée. Un regard critique mais
constructif sera apporté par les intervenants
sollicités, qu'ils viennent du milieu scientifique
ou associatif.

Enfin cette cinquième journée sera l'occa-
sion de présenter les résultats des deux
projets de recherche dits communautaires
qui ont été menés directement avec les
associations d'entraide et leurs adhérents.
Le premier projet est celui intitulé « Évolution
des valeurs interpersonnelles et maintien de
l'abstinence au cours du temps au sein des
associations d'entraide aux personnes en diffi-
culté avec l'alcool » qui a été initié en 2012
et s'est terminé très récemment. Le deuxième
concerne la « Prévalence de la consomma-
tion de médicaments psychotropes et dépen-
dances médicamenteuses chez les personnes
malades de l'alcool fréquentant les associa-
tions d'entraide » ; il a été mené entre mars
et juin 2014.

Nous ne doutons pas que ces exposés
générent de fructueux débats avec l'assis-
tance.

Dominique Donnet-Kamel et Bertrand
Nalpas (Mission Inserm Associations)

DOSSIER de la rencontre

PROGRAMME

9h30 - 10h00

Accueil des participants autour d'un café

10h00 - 10h10

OUVERTURE DE LA JOURNÉE

**Mot d'accueil et présentation
de la journée par**

Dominique Donnet-Kamel et
Bertrand Nalpas, *DISC -
Mission Inserm Associations*

SESSION 1

LA RÉDUCTION DES RISQUES

10h10 - 10h45

**La réduction des risques en
alcoologie**

Michel Craplet, *médecin référent ANPAA*

10h45 - 11h05

**Le point de vue des associations
d'entraide**

Daniel Bouëtél (*Santé de la Famille*)
et Jean-Claude Tomczac (*Amis de la
Santé*)

11h05 - 11h35

Discussion avec la salle

SESSION 2

**LES PROJETS DE RECHERCHE
CO-CONSTRUITS AVEC LE GROUPE
DE TRAVAIL ALCOOL DE L'INSERM :
retour d'expérience et résultats**

11h35 - 12h15

**Projet Evolution des Valeurs
InterPersonnelles**

Isabelle Boulze, *chercheur en
psychopathologie clinique, Montpellier*

Discussion avec la salle

12h15 - 13h45

Déjeuner (buffet) sur place

SESSION 2 (suite)

**LES PROJETS DE RECHERCHE
CO-CONSTRUITS AVEC LE GROUPE
DE TRAVAIL ALCOOL DE L'INSERM :
retour d'expérience et résultats**

13h45 - 14h25

**Enquête sur la consommation de
médicaments psychotropes**

Bertrand Nalpas

Discussion avec la salle

SESSION 3

L'ALCOOLISME AU FÉMININ

14h25 - 14h40

Quelques repères scientifiques

Bertrand Nalpas

14h40 - 15h10

**Les spécificités cliniques et
thérapeutiques**

Fatma Bouvet de la Maisonneuve,
*responsable du service d'alcoologie pour
femmes à l'hôpital Saint-Anne, Paris*

15h10 - 15h30

**Le point de vue des associations
d'entraide**

Guilaine Miranda (*La Croix Bleue*)
Sylvie Deswarte (*Mouvement Vie Libre*)

15h30 - 15h50

Discussion avec la salle

15h50 - 16h00

CONCLUSION DE LA JOURNÉE



3

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN ALCOOLOGIE

questions à Michel Craplet



Michel Craplet est psychiatre, alcoologue et médecin délégué de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Il a publié trois ouvrages : « Passion Alcool » (Editions Odile Jacob - 22 avril 2000), « Parler d'alcool » (Editions de La Martinière - 8 mars 2003) et « A consommer avec modération » (Editions Odile Jacob - 5 mai 2005).

Comment est définie la notion de réduction des risques en alcoologie ?

Le concept de réduction des risques (RdR) est né dans le champ de l'aide aux toxicomanes à l'époque de l'épidémie de sida. On en parle aujourd'hui comme /a nouveauté en alcoologie alors que la RdR existe depuis longtemps de manière informelle pour de nombreuses personnes en difficulté avec l'alcool. L'objectif de la RdR est d'aider ces personnes à essayer de maîtriser leur consommation d'alcool pour prévenir les dommages que celle-ci pourrait causer. Il ne s'agit pas de supprimer l'addiction mais de diminuer les quantités d'alcool consommées, ou bien d'aménager les conditions de la prise d'alcool pour la rendre moins dangereuse dans certaines circonstances (la conduite automobile par exemple), ou dans certaines situations (la maladie, la grossesse...).

Dans la pratique, quelle en est l'approche ?

La RdR est inscrite dans les missions des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA). L'approche est individualisée et intègre la prévention et le soin.

Elle implique le professionnel de santé et la personne concernée. C'est un processus d'accompagnement qui se co-construit en tenant compte des expériences de consommation, des vulnérabilités physiques et psychologiques, et de l'environnement social et familial. Ensemble ils vont identifier les situations à risque et les dommages attribués à l'alcool et trouver les moyens d'en réduire la fréquence et la gravité. Ils vont définir des objectifs simples et accessibles ; ceux-ci visent à maintenir le lien entre la personne en difficulté et la structure d'accompagnement pour rompre son isolement et permettre l'accès au soin, à développer ses ressources propres et à rechercher une modification progressive de ses comportements pour qu'ils soient plus positifs pour son bien-être.

Quelle est la pertinence de proposer une consommation contrôlée pour les personnes alcoolo-dépendantes ?

Une polémique, venant des Etats Unis, a surgi en France ces dernières années à propos de l'application de la réduction des risques aux personnes alcoolo-dépendantes.

Elle est due, pour une grande partie, à l'évolution des classifications, comme la DMS 5, qui ne font plus la distinction entre abus et dépendance mais considèrent la sévérité du trouble. Avec une quantification du trouble, la cible thérapeutique devient de ce fait plus quantifiable et évaluable, notamment en termes de consommation. De plus, la possibilité d'une consommation contrôlée a été mise en avant avec l'arrivée des thérapies cognitivo-comportementales et de nouvelles médications. L'abstinence est devenue pour certains professionnels de santé une idéologie conservatrice alors que pour d'autres, encore majoritaires, l'abstinence totale d'alcool est le moyen permettant aux alcoolo-dépendants d'améliorer leur qualité de vie. Cette querelle ne repose à l'heure actuelle que sur des données d'expérience clinique ; en effet on ne dispose pas d'études à grande échelle et sur une durée suffisante, comparant l'impact de la stratégie « réduction de consommation » à celle « abstinence totale » sur la qualité de vie. Un effort de recherche est nécessaire à cet égard.

Voir également « RDR Alcool », livret élaboré par la commission des pratiques professionnelles A.N.P.A.A., disponible sur <http://www.anpaa.asso.fr>



LE POINT DE VUE DES ASSOCIATIONS

Daniel Bouëtél, alcoolo-dépendant, abstinant en 1988, est vice-président de l'Association La Santé de la Famille depuis 1994.

Abstinence et réduction des risques

Quand la réduction des risques rencontre l'abstinence.

En France, les programmes de « réduction des risques » (RdR) chez les toxicomanes ont démontré leur efficacité pour lutter contre le sida et les hépatites et il était logique de s'intéresser à leurs applications possibles dans le champ de l'alcoologie. Mais la RdR est présentée comme une démarche de promotion de la santé qui viserait le retour à des alcoolisations « contrôlées ».

Et là, elle ouvre le débat car elle s'oppose au principe d'abstinence comme voie unique de sortie de l'alcoolo-dépendance, principe prôné par les associations.

Y a-t-il un dogme de l'abstinence dans le milieu associatif ?

Dans nos associations, l'abstinence s'est imposée par l'expérience, par le vécu des personnes alcoolo-dépendantes. Pour nombre d'entre elles, le retour à une consommation contrôlée est illusoire et apporte plus de difficultés qu'elle n'en résout.

Pour autant, dans nos relations d'aide et d'accompagnement, l'abstinence n'est plus considérée comme une fin en soi. Comment pourrait-on, en effet, bâtir un projet de vie sur une privation où il s'agirait de « tenir coûte que coûte » face à la menace permanente et obsédante d'une rechute ?

Elle se présente plutôt comme un moyen, le moyen d'être heureux, et la question devient : en quoi l'abstinence peut-elle constituer un moyen pour l'épanouissement de la personne ? Sur ce point, notre expérience montre que l'abstinence, c'est la possibilité de reconquérir et remobiliser ses propres ressources, développer ses potentialités et construire un projet de vie.

Concrètement, à la personne qui vient vers nous, le militant lui envoie ces trois grands messages :

- c'est possible de sortir des problèmes résultant des alcoolisations ;
- c'est possible d'être abstinent ;
- c'est possible d'être heureux.

Dans un tel schéma, il n'y a donc pas de dogme de l'abstinence mais plutôt des échanges chaleureux et pragmatiques sur la situation vécue par la personne et les perspectives qu'elle peut déjà discerner.

**Réduire du négatif, c'est bien.
Construire du positif, c'est encore mieux !**

Dans le cadre de la relation d'aide, il est cependant opportun de proposer une abstinence au moins provisoire, qu'on pourrait qualifier de « condition technique ». En effet, pour être efficace, la rencontre avec la personne ne peut avoir lieu que si elle n'est pas sous les effets du produit, au moins durant ce temps. C'est, à minima, une expérimentation : la personne pourra éprouver ses propres capacités à faire face avec ou sans produit, et elle pourra ainsi décider des moyens qui lui sont nécessaires. Cela revient finalement à se placer dans une « optique RdR » qui peut se présenter comme l'une des étapes dans le cheminement, avant la décision

(ou non d'ailleurs) de l'abstinence... Et cela se pratique depuis longtemps ! Il faut toutefois bien remarquer que là où la RdR se présente comme une stratégie de réduction des quantités de la substance pour limiter ses effets toxiques (au sens large), l'abstinence, quant à elle, ouvre la perspective existentielle d'une nouvelle « logique d'épanouissement ». En simplifiant : d'un côté on vise à réduire du négatif, de l'autre, on construit résolument du positif. Il n'y a cependant pas d'antagonisme, mais la possibilité d'une chronologie prometteuse...

« Reboire » : un dogme émergent ?

Le passage du statut d'alcoolodépendant à l'état d'abstinent est bien évidemment perçu comme une phase difficile et douloureuse et c'est bien réel. Mais pourquoi considérer avec compassion ceux dont l'abstinence est acquise et intériorisée alors qu'elle n'est plus pour eux une souffrance ? Pourquoi la consommation « contrôlée » serait une planche de salut alors que ces personnes et leur entourage sont heureux dans leur nouvelle vie ?

La médiatisation du Baclofène met en avant le principe d'une médication qui permettrait de retrouver une consommation « contrôlée » avec un nouveau concept : « l'indifférence à l'alcool ». Outre le fait

qu'une meilleure connaissance du produit (posologies, effets secondaires, efficacité) reste indispensable, ce médicament pourrait enrichir la panoplie thérapeutique mais en aucun cas il ne saurait donner de réponse à la personne sur sa vulnérabilité, ni lui restituer ses capacités.

Lui attribuer un autre statut, notamment en l'opposant à l'abstinence, c'est ramener les problématiques de dépendance à une simple gestion de quantités. La RdR qui peut conduire à l'abstinence ne doit pas à son tour donner naissance à un nouveau dogme, le « Reboire », fondé sur le prétexte fallacieux d'éviter la souffrance aux alcoolodépendants devenus abstinentes.

Chacun son histoire...

La relation de chaque personne au produit alcool est si complexe et le spectre des risques et des dommages si large, qu'il ne saurait y avoir de réponse univoque et statique, surtout énoncée « de l'extérieur ». Là encore, c'est la personne qui sait le mieux où elle en est, ou à tout le moins, qui peut se donner les moyens de le savoir en se confrontant à la réalité ; c'est elle qui va construire et expérimenter ses propres réponses, avec les éclairages de ses accompagnants.



Jean-Claude Tomczak, est militant au sein des Amis de la Santé depuis 1984.

Il a été correspondant alcool dans une grande entreprise automobile et consultant formateur en gestion du risque alcool au travail. Il est président de la Fédération Nationale des Amis de la Santé et vice-président de la CAMERUP (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique).

Réduction des Risques et des Dommages : la part des associations

Selon de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La réduction des risques et des dommages ne doit donc pas être appréhendée uniquement dans l'aspect purement médical de la santé - réduction de la consommation pour limiter les effets toxiques - mais comprendre toutes ses autres dimensions.

Au-delà de la promotion de l'abstinence, les associations d'entraide prennent toute leur importance dans le cheminement de la personne alcoolodépendante vers un bien-être social. Par nos réunions, nos

groupes de parole, nos manifestations et notre travail d'accompagnant, nous agissons pour limiter les risques qui vont faire obstacle à sa démarche : isolement par rejet de son entourage, solitude, précarité, désocialisation, démotivation et manque de confiance en soi. Nous sommes présents pour contrer le risque de rechute chez les abstinentes ou chez les buveurs qui ont fait le choix d'une consommation « contrôlée ».

Les associations mènent également des actions de prévention et d'information auprès des jeunes en milieux scolaires, dans des chantiers d'insertion ou autres stages professionnels. Elles proposent une évaluation de la consommation pour une prise de conscience d'une éventuelle difficulté à réduire le nombre de verres consommés.

La promotion de la santé, c'est-à-dire du bien-être et du plaisir de vivre, est donc pour nous, associations, notre mission au quotidien. La réduction des risques ne peut pas se limiter au contrôle de la consommation par médicament mais doit s'accompagner d'une réflexion générale sur son mode de vie pouvant nécessiter l'aide d'intervenants professionnels (psychologue etc...) et la participation à un groupe de parole d'une association.

L'ALCOOLISME AU FÉMININ



Bertrand Nalpas est directeur de recherche Inserm au Département de l'Information Scientifique et de la Communication (DISC), chargé de mission sur les addictions, et médecin addictologue au Service d'Addictologie du CHU Caremeau, à Nîmes.

Il a animé la recherche sur Alcool et Addiction à l'Inserm dès 2002

et a été responsable de la Mission Alcool-Addiction de l'Institut de Santé Publique (Inserm) jusqu'en Juin 2011.

Que nous dit la recherche scientifique sur l'alcoolisme au féminin ?

Les modalités de consommation d'alcool des femmes diffèrent de celles des hommes mais est-ce lié seulement à des explications biographiques, sociales ou environnementales telles que nous en parle le Dr. Fatma Bouvet ? Y a-t-il une composante biologique liée au sexe ?

Les recherches dans ce domaine sont plutôt pauvres. Les publications scientifiques portent essentiellement sur trois domaines. Le premier concerne la variation des effets psychostimulants ressentis de différents produits dont l'alcool, en fonction du cycle menstruel ; une augmentation de ces effets au cours de la période précédant l'ovulation (phase folliculaire) et une réduction dans la phase postérieure (phase lutéale)

ont été observées. Ces modifications, dont l'ampleur n'est pas formellement définie, sont attribuées à la régulation de la sécrétion des hormones ovariennes par l'hypophyse et l'hypothalamus, cette dernière structure faisant partie du système de récompense.

Le deuxième domaine concerne la toxicité hépatique de l'alcool, majorée chez les femmes par rapport aux hommes. Au terme de nombreux travaux, l'impact du cycle ovarien sur le métabolisme de l'alcool a été écarté. Par contre, il a été montré que l'alcool est moins métabolisé, c'est-à-dire moins dégradé, dans l'estomac des femmes que dans celui des hommes ; cela entraîne, à dose absorbée équivalente, un passage accru d'alcool dans la circulation sanguine. Enfin le rôle des

œstrogènes, via une augmentation de l'inflammation des cellules du foie, a aussi été évoqué.

Le dernier domaine concerne le cerveau dont le volume diminuerait plus vite chez les femmes que chez les hommes à consommation d'alcool égale. Les recherches, ici purement observationnelles, n'ont pas encore élucidé le mécanisme sous-jacent.

Les recherches sur les spécificités féminines vis-à-vis de l'alcool pourraient bien se développer dans la mesure où les chercheurs objectivent de plus en plus des différences en fonction du sexe dans leurs expérimentations sur les animaux. Les travaux sur l'interaction entre stress et consommation d'alcool devraient être particulièrement instructifs.

3

questions à Fatma Bouvet de la Maisonneuve



Fatma Bouvet de la Maisonneuve est psychiatre et addictologue.

Elle est responsable de la consultation d'alcoologie pour femmes à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Elle a publié en 2010 aux éditions Odile Jacob : « Les femmes face à l'alcool, résister et s'en sortir ».

Y a-t-il des différences entre hommes et femmes en matière d'alcool-dépendance ?

Oui, il y a des différences entre hommes et femmes sur plusieurs aspects de l'alcool-dépendance, notamment sur les facteurs de risque, les complications et les spécificités cliniques. Concernant le tableau clinique, les femmes présentent souvent leur alcoolisation comme étant solitaire, même s'il arrive qu'elles aient commencé à boire en groupe. Elles consomment à la maison dans un contexte de tristesse ou de dépression. Le mode est la plupart du temps dipsomaniaque, c'est-à-dire qu'elles ont une pulsion irrésistible à consommer ; elles cherchent surtout à s'anesthésier. La consommation est toujours suivie de culpabilité. Il est important de noter que les comorbidités sont différentes, notamment représentées par des troubles dépressifs et anxieux, et le diagnostic rapide d'un trouble associé permet un meilleur résultat thérapeutique.

Quel est l'intérêt d'un service d'alcoologie dédié aux femmes ?

L'intérêt est précisément de se concentrer sur ces spécificités. Les femmes sont très réticentes à consulter pour leur maladie souvent par honte, par crainte d'un jugement moral. Dans notre service, elles savent que nous sommes là pour elles et que nous pouvons intervenir sur tous les aspects. Par exemple, la prise de poids est une complication très mal vécue par les femmes mais dont elles n'osent pas parler. Tous les intervenants - psychiatre-addictologue, psychologue, assistante sociale, infirmière, médecin, nutritionniste - sont sensibles à ces particularités féminines et interviennent dans le sens adéquat. De plus, les psychiatres-addictologues qui animent le service peuvent rapidement repérer les comorbidités qu'ils connaissent bien. L'autre avantage de ce service est qu'il propose un groupe de parole pour femmes. Celles-ci disent qu'elles n'en ont pas trouvé ailleurs et que l'intimité de la majorité des sujets abordés n'est pas facile à aborder devant des hommes.

Selon vous, quelles sont les problématiques de recherche qui restent posées ?

De nombreuses questions sur l'alcoolisme féminin demeurent, comme ses conséquences somatiques et notamment hépatiques, son lien avec les troubles de l'humeur et l'anxiété, les addictions associées y compris les troubles du comportement alimentaire. Surtout, quelles sont les réponses aux plaintes des patientes qui cherchent à comprendre pourquoi leur craving est si fort, pourquoi présentent-elle un mode dipsomaniaque ? Enfin, une question qui concerne autant les femmes que les hommes alcool-dépendants : comment parvenir à reboire « normalement » ?

LE POINT DE VUE DES ASSOCIATIONS



Sylvie Deswarte est chargée de recrutement et formatrice, après un parcours en préfecture où elle a exercé des fonctions de chef de service et notamment chef de cabinet du Préfet. En 2009, elle a rencontré Vie Libre. En 2012, elle a été élue responsable de la section de Dammarie les Lys ainsi que membre du comité départemental (Seine et Marne). Enfin, Sylvie Deswarte est aussi musicienne.



Guilaine Miranda, mariée, deux enfants, est manipulatrice en radiologie. Elle intègre La Croix Bleue en 2000 et y est membre actif depuis 2001. Elle est responsable de la section d'Aulnay en Seine St Denis et membre du conseil d'administration.

Si l'alcoolisme est un sujet tabou, l'alcoolisme féminin le semble encore davantage, tant il bouscule l'image traditionnelle de la femme, de l'épouse, de la mère et de la grand-mère. La consommation d'alcool par un homme est socialement tolérée, perçue comme conviviale, liée à la rencontre et à l'amusement, alors que la femme qui boit dérange voire répugne. C'est donc le plus souvent à la maison que celle-ci s'alcoolise, seule et en cachette, à l'abri du regard du monde, dans la solitude, la honte et la culpabilité. A côté de cette spécificité dans le mode d'alcoolisation, les femmes ne boivent pas toujours pour les mêmes raisons que les hommes. Si elles militent pour l'égalité homme-femme, elles subissent une forte pression de la société pour être performante dans tous les domaines (travail, enfants, couple). Certaines trouvent le remède à leur stress dans l'apaisement que procure une bouteille toujours à portée de main. Elles évoquent aussi très souvent des difficultés affectives, dues par exemple à une mésentente conjugale ou une sexualité mal ressentie voire un drame (viol, inceste). Sont rapportés également des moments de vulnérabilité propres aux femmes comme la ménopause, les périodes prémenstruelles ou la maternité.

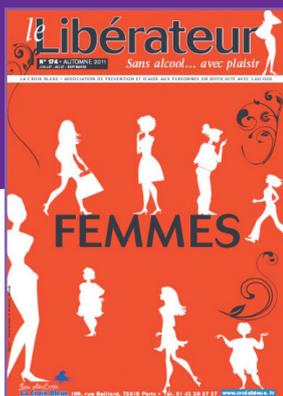
Après avoir caché longtemps sa consommation aux autres et sa propre impuissance à elle-même, arrivera, pour la femme malade alcoolique, le moment de l'acceptation de l'aide et de la mise en place du soin.

Dans nos associations, tout nouveau venu - homme ou femme - est souvent rencontré d'abord individuellement, afin de lui faciliter l'entrée dans le groupe de parole. Ce premier contact peut avoir lieu à une permanence ou dans un lieu neutre.

La personne sera ensuite accueillie par le groupe et dans le groupe, libre de parler ou non. Elle écoutera et il lui faudra parfois du temps pour s'exprimer à son tour. Ce lieu d'accueil est souvent mixte. Parfois un proche, son conjoint par exemple, participe au groupe, cela peut faciliter sa démarche dans un premier temps même s'il est préférable qu'il ait ensuite son propre groupe de parole. L'accueil chaleureux, simple, sans jugement, est très important afin d'instaurer la confiance qui libèrera la parole.

Mais certaines femmes ne s'autorisent pas à parler de certains sujets comme si briser le silence qui les a muselées pendant des années était encore impossible. Des associations leur proposent alors de rejoindre des groupes de femmes pour qu'elles puissent s'exprimer plus librement sur des thèmes sensibles : le regard des autres, la culpabilité ou la sexualité. Le dépassement des blocages peut être ainsi facilité et leur confiance en elles améliorée. Cela peut les amener à participer ensuite plus librement aux groupes mixtes et, bien sûr, à s'investir dans le fonctionnement des associations à plus long terme.

Si la libération de la parole est le maître-mot pour se reconstruire, l'arrêt d'alcool en est le point de départ ; c'est le tremplin permettant d'entreprendre un travail sur ses failles et sur ce qui a amené au mésusage puis à la dépendance. Pour mener ce travail à bien, tous les outils peuvent être utilisés. Ce ne sont pas les mêmes pour tous, c'est pourquoi, il est important pour les femmes comme pour les hommes de pouvoir choisir leur propre solution. Les associations d'entraide doivent donc s'adapter pour répondre à des besoins différents.



Le Libérateur de la Croix Bleue.
Numéro spécial Femmes, disponible sur
<http://www.croixbleue.fr/Le-Liberateur>

LES PROJETS DE RECHERCHE COMMUNAUTAIRES

Evolution des valeurs interpersonnelles et maintien de l'abstinence au cours du temps au sein des mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool : Résultats préliminaires



Isabelle Boulze est psychologue clinicienne, maître de conférences, habilitée à diriger des recherches, responsable de l'équipe de recherche 4 : Dynamique d'appropriation d'une maladie chronique dans le laboratoire Epsilon « Dynamique des capacités humaine et des conduites de santé » (EA4556) de Montpellier.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la psychologie communautaire. Cette discipline s'intéresse à la promotion de la santé mentale par le développement des ressources, des compétences et de l'autonomie des individus et des communautés dans leur environnement social. L'adhésion des personnes alcooliques dans les mouvements d'entraide entre dans ce processus de renforcement de leur capacité d'agir vis-à-vis de leur santé. Le dépassement de leur sentiment de solitude, l'évolution de leur « valeurs interpersonnelles » c'est-à-dire de leur relation à autrui, la restauration stable de

liens sociaux favoriseraient-ils le maintien de l'abstinence ? C'est la question que pose cette étude co-construite par des chercheurs et six associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Le projet a bénéficié du soutien financier de la Mildt (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie).

Voir la présentation détaillée du projet et de sa méthode participative dans le dossier de la rencontre 2012 : <http://www.inserm.fr/associations-de-malades/groupes-de-travail/alcool-et-associations-d-entraide>

Les membres du projet de recherche :

Christiane Bochatay et Jean Pierre Egard (*Alcool Écoute Joie et Santé*), François Moureau (*Alcool assistance*), Monique, Bernard et Jean-François (*Alcooliques anonymes*), Jean Philippe Anrist, Thierry Robillard (*La Croix bleue*), Raymond Drapeau, Valéry Ruellan (*Les Amis de la santé*), Daniel de Saint Riquet (*Vie libre*), Bertrand Nalpas (*chercheur Inserm*), Isabelle Boulze, responsable, et Michel Launay (*chercheurs à l'université de Montpellier III*).

Le protocole de recherche a été mis en place au mois de janvier 2012 et en avril, les premiers volontaires ont été inclus. Le recueil des données prendra fin le 15 décembre ; en attendant la diffusion des résultats complets de la recherche prévue vers mai 2015, nous vous présentons quelques premiers résultats issus des données obtenues au 31 octobre 2014 ; ils concernent les informations recueillies lors du bilan initial réalisé à l'inclusion des volontaires et quelques premières données de suivi.

La participation :

Cent-quarante-sept personnes, membres d'une des associations participantes, se sont portées volontaires pour participer à l'étude : 59 % étaient de sexe masculin et 41 % de sexe féminin ; la moyenne d'âge était de 47 ans. A ce jour 66 personnes ont terminé l'étude, 13 doivent être contactées sous peu pour leur dernière évaluation et 68 ont été perdues de vue.

Données sociodémographiques des volontaires

(Nombre de sujets et %) :

MODE DE VIE :

Seul : 79 (53,7 %)

En couple : 66 (44,9 %)

SR (sans réponse) : 2 (1,4 %)

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

Stable : 69 (46,9 %)

Précaire : 21 (14,3 %)

Aucune : 42 (28,6 %)

SR : 15 (10,2 %)

Profil « Alcool » au bilan initial

(Nombre de sujets et %) :

NOMBRE DE SÉJOUR EN POST CURE :

94 personnes ont fait au moins

1 post cure soit 67 %

MODALITÉS DU SEVRAGE RÉCENT :

Seul : 45 (30,6%)

Aide médicale ambulatoire : 32 (21,8 %)

Hospitalisation : 70 (47,6 %)

MOMENT DE CONTACT AVEC

L'ASSOCIATION D'ENTRAIDE PAR

RAPPORT AU SEVRAGE RÉCENT :

Avant : 64 (44,4 %)

Pendant : 35 (24,3 %)

Après : 41 (28,5 %)

INTENSITÉ DU DÉSIR DE BOIRE

LORS DU BILAN INITIAL :

Sur une échelle de 0 à 10

Moyenne : 2.6

Médiane : 2

Ecart type : 2.64

Les données recueillies : premiers résultats

Pour chaque volontaire, le recueil de données est effectué tous les trois mois (M0, M3, M6 et M12) par questionnaire pendant une période d'une année.

L'analyse des valeurs interpersonnelles a permis de mettre en évidence des constantes comme le fort désir d'être traité avec compréhension et de ne pas exercer de position d'autorité sur les autres.

Elle a aussi montré des évolutions dans le temps avec une capacité de plus en plus marquée de se démarquer des conventions sociales et d'être libre d'exprimer ses décisions, et un désir d'être admiré de moins en moins important. La bienveillance est également une valeur qui présente des scores très élevés avec un fléchissement juste temporaire à M6.

En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, le taux de rechute à M3 et M6 est d'environ 40 %, et un peu moindre au-delà : 26.7 % à M9 et 35.4 % à M12.

La fréquentation de l'association est toujours extrêmement élevée (93.2 % à M3 et environ 85 % ensuite). Les contacts avec l'association sont toujours très nombreux quelle que soit la période (10 à 20 contacts par trimestre pour environ 30 % des cas et plus de 20 contacts pour plus de 40 % des cas. L'assiduité au groupe est, elle aussi, toujours très marquée (M3 : 48,9 % des sujets sont très assidus ; M6 : 61.3 % ; M9 : 61 %) même si elle fléchit légèrement à M12 (44.5 %).

L'analyse détaillée de ces résultats est en cours mais nous pouvons déjà dire que cette enquête qui a l'originalité de s'appuyer sur les compétences et les ressources du monde associatif va permettre de mieux comprendre la trajectoire des personnes en difficulté avec l'alcool au sein des associations d'entraide.

Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes et dépendance médicamenteuse chez les personnes malades de l'alcool fréquentant les associations d'entraide.

Les membres du projet de recherche :

Bertrand Nalpas (*chercheur Inserm*) et les membres de : Alcool Assistance, Alcool Écoute Joie et Santé, Les Amis de la Santé, Amitié - Présence RATP, La Croix Bleue, La Santé de la Famille, Vie libre.

Autant l'usage des médicaments lors du sevrage d'alcool est l'objet de recommandations consensuelles, il n'en est rien lorsque l'abstinence est acquise. Le traitement est-il maintenu ? Avec quels médicaments ? Pendant combien de temps ? Devient-on dépendant aux médicaments ? Pour combler l'absence de données sur ce sujet, une enquête a été menée en collaboration avec sept associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool faisant partie du groupe de travail « Inserm-Alcool ».

Les associations sont acquises à la nécessité de la recherche et s'impliquent dans les projets de recherche dite « communautaire » où scientifiques et acteurs de terrain opèrent à part égale. De plus, comme les associations sont fortes d'un nombre considérable de personnes qui se soutiennent mutuellement pour rester hors alcool, elles constituaient des champs d'investigation particulièrement adaptés pour cette enquête.

Respectant la méthode de travail du groupe, des questionnaires à propos des traitements médicamenteux en cours ont été élaborés et validés ; ils ont ensuite été distribués aux personnes assistant à des réunions de soutien organisées par les associations participantes au projet. Les questionnaires étaient anonymes et la participation volontaire.

Cinq cent soixante-cinq sujets, 413 hommes (73,1 %) et 152 femmes (26,9 %), de moyenne d'âge 56 ans, ont retourné le questionnaire. Les répondants étaient tous abstinents, le plus souvent de longue date puisque 54,6% avaient arrêté de boire depuis au moins 5 ans.

Plus de la moitié (55,2 %) déclarait avoir un suivi médical et un tiers (33,5 %) un suivi psychologique spécifique pour leur problème d'alcool.

Au jour de l'enquête, 255 (45,1 %) prenaient un traitement ; les femmes étaient significativement plus souvent traitées que les hommes (56,6 % vs 40,9 %). La proportion de sujets traités était fonction de la durée d'abstinence ; plus celle-ci était longue, moins le taux de traitement était élevé. Après 10 ans d'abstinence, 19 % des hommes et 54,5 % des femmes étaient encore traités.

Fréquence de traitement en fonction de la durée d'abstinence

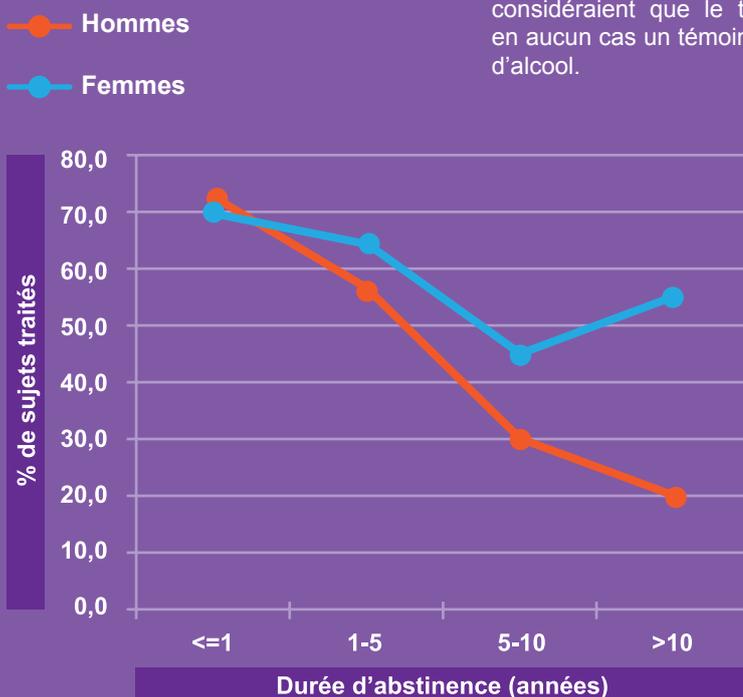
La catégorie de médicaments la plus prescrite était celle des anxiolytiques (26,9 %) suivie par celle des anti-dépresseurs (21,9 %). La proportion de femmes recevant des anxiolytiques, des anti-dépresseurs, des neuroleptiques et des analgésiques était plus élevée que celle des hommes.

Pour la majorité des répondants (81,5 %), le traitement était reconnu comme un soutien nécessaire. Il était plus souvent considéré comme destiné à soigner ce qui avait été à l'origine de leur maladie alcoolique (66,2 %) plutôt que soigner ses conséquences (53,4 %). Par contre 84,2 % des répondants considéraient que le traitement n'était en aucun cas un témoin de leur maladie d'alcool.

Cela conduit à s'interroger sur l'existence même d'une telle maladie du point de vue du sujet, alors que ce concept est solidement ancré dans l'esprit des soignants et est un argument avancé auprès des patients pour dédramatiser la situation et les engager vers le soin. Peut-être que la « maladie alcoolique » s'éteint avec l'abstinence et qu'il ne subsiste que les symptômes accompagnateurs.

Enfin, plus de 40 % (43,1 %) des sujets déclaraient se sentir « dépendant » de leur traitement, et cette proportion ne variait guère en fonction de la durée d'abstinence.

En conclusion, ce travail démontre le poids des médicaments dans la vie des sujets après l'alcool ; les modalités de l'enquête ne permettent pas une analyse en profondeur de la justification du traitement : substitution pure, nécessité médicale réelle, dépendance pharmacologique ou psychologique. Des études complémentaires sont nécessaires pour approfondir ce dernier point et analyser les modes de sortie de traitement dans la mesure où les prises au long cours ne sont pas sans risque pour la santé.



L'INSERM ET LES ASSOCIATIONS

Pour développer le dialogue et le partenariat entre les chercheurs et les associations, un double dispositif à l'Inserm : une instance de réflexion, le Gram, et une structure opérationnelle, la Mission Inserm Associations

Le Groupe de travail Alcool de l'Inserm

Depuis fin 2006, six puis huit associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool participent activement à un groupe de travail animé par Bertrand Nalpas, chercheur en addictologie, et Dominique Donnet-Kamel, responsable de la Mission Inserm Associations. Réflexions, rencontres-débats, projets de recherche sont issus de leurs réunions régulières.

Ce groupe de travail permet :

- ➔ De rapprocher le monde de la recherche et les associations.
- ➔ D'organiser chaque année une rencontre débat entre les chercheurs et les adhérents des mouvements d'entraide.
- ➔ D'échanger avec les chercheurs, les professionnels de santé sur des problématiques communes.
- ➔ De co-construire et réaliser des projets de recherche communautaire avec des chercheurs.



Retrouvez tous les dossiers
des rencontres Alcool et recherche depuis 2010 sur
[http://www.inserm.fr/associations-de-malades/
groupe-de-travail/alcool-et-associations-d-entraide](http://www.inserm.fr/associations-de-malades/groupe-de-travail/alcool-et-associations-d-entraide)



A lire également

Le numéro de la revue TDC (Textes et Documents pour la Classe) consacré aux addictions auquel l'Inserm a collaboré.

TDC, n° 1082, 15 octobre 2014 (vente au numéro (5.50€) sur le site www.reseau-canope.fr)

Les membres du groupe de travail Inserm Alcool :

Christiane Bochatay, Jean Pierre Egard et Bernard Colin (*Alcool Écoute Joie et Santé*), François Moureau et Michel Viry (*Alcool Assistance*), Jean-François (*Alcooliques Anonymes*), Jean Philippe Anris†, Thierry Robillard et Françoise Evrard-Brulin (*La Croix bleue*), Valérie Ruellan, Patrick Peltier et Jean-Claude Tomczak (*Les Amis de la Santé*), Daniel de Saint Riquet, René Delahaye et Alain Callès (*Vie libre*), Daniel Bouetel (*Santé de la famille*), Marion Lagarde et Christian Tremoyet (*Amitiés la Poste France Telecom*), Dominique Donnet-Kamel et Bertrand Nalpas (*Mission Inserm Associations*).

LE GROUPE DE TRAVAIL SOUHAITE FAIRE PART DE SA TRISTESSE DE NE PLUS COMPTER PARMIS SES MEMBRES JEAN PHILIPPE ANRIS QUI NOUS A QUITTÉS. IL ÉTAIT TRÈS APPRÉCIÉ DE TOUS POUR SON IMPLICATION ET SA GENTILLESSE.