



# « LOUIS PASTEUR ET L'ALCOOL »

## par Bertrand Nalpas

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.

La célèbre phrase de Louis Pasteur « le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons » est bien connue du milieu viticole. Pasteur a en effet étudié les « maladies du vin » en 1863 et c'est lors de ces travaux qu'il inventera la pasteurisation, procédé consistant à chauffer le vin à 57°C afin de tuer les germes et résoudre ainsi le problème de sa conservation et du transport. Les brasseurs n'avaient pas été oubliés puisque, entre 1854 et 1857, Pasteur avait étudié à leur demande le processus de fermentation.

Les éléments sur lesquels Pasteur se fondait pour énoncer sa phrase sur le vin ne sont pas connus avec précision mais il semble improbable qu'il ait eu connaissance des propriétés antiseptiques de l'alcool puisque la théorie de l'origine microbienne des maladies infectieuses n'en était qu'à ses balbutiements.

J'ai malgré tout supposé que Pasteur l'a écrite avec le regard du microbiologiste et ai interprété l'adjectif « sain » comme « équilibré » et « hygiénique » comme « assainissant, antiseptique » selon le dictionnaire des synonymes.

Autant l'alcool à 70° voire 90° est aujourd'hui utilisé comme antiseptique, le vin et d'une manière générale les boissons moins fortement titrées en alcool sont-elles aussi hygiéniques qu'annoncé ? Pasteur avait-il raison ? C'est ce que nous examinerons dans une courte présentation en son hommage ainsi qu'en celui du Directeur Général de l'Institut Pasteur, Christian Bréchet, avec qui j'ai eu la chance et l'honneur d'effectuer des recherches sur les interactions entre l'alcool et les infections virales.

## SESSION 1 QUALITÉ DE VIE

### 3

questions à Olivier Chassany



Olivier Chassany est PU-PH, professeur de Thérapeutique, directeur de l'équipe « Recherche Clinique ville-hôpital, Méthodologies et Société » (EA 7334 REMES) de l'Université Paris-Diderot.

Peut-on définir et mesurer la qualité de vie des patients et ce, quelle que soit la maladie et quelle que soit la population concernée ?

Des travaux de recherche sont menés depuis 40 à 50 ans sur les différentes facettes de la qualité de vie (QdV). Aujourd'hui, la QdV peut être évaluée grâce à des questionnaires standardisés et validés. Remplis par les patients, ils permettent de mesurer des aspects qualitatifs étroitement liés à la santé et de prendre en compte leurs perceptions subjectives. La QdV liée à la santé évalue les répercussions de la maladie et de son traitement, perçues par le patient dans les différentes dimensions de la vie et sur son état de bien-être. La mesure de la QdV est :

**Auto-rapportée**, dans la majorité des situations. En pédiatrie, et dans les pathologies où le patient a une altération des fonctions cognitives, la perception des personnes de l'entourage sur la QdV de leur enfant ou parent malade peut être nécessaire (parents, conjoint). Dans certaines situations comme l'Alzheimer, on mesure également la QdV et le fardeau des aidants.

**Multidimensionnelle**, explorant au moins les dimensions : physique (autonomie, capacités physiques, capacité à réaliser les

tâches de la vie quotidienne...), psychologique (émotivité, anxiété, dépression, état de bien-être...), sociale (rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, engagement dans des relations personnelles, participation aux activités sociales et de loisirs...), somatiques (symptômes liés à la maladie ou aux traitements). D'autres dimensions peuvent être évaluées, selon la pathologie ou le traitement : douleur, sommeil, alimentation, sexualité...

**Subjective**, mesurant la perception du patient du retentissement de la maladie et du traitement, influencée par ses expériences et ses attentes. La mesure se fait donc par auto-questionnaire dans la plupart des situations.

On distingue les questionnaires génériques (comme par exemple le Short Form SF-36), et les questionnaires spécifiques d'une pathologie précise (ex : Asthma Quality of Life Questionnaire [AQLQ]). **Les questionnaires génériques** sont développés pour être applicables à toutes pathologies ou conditions. De nombreuses études ont permis de comparer l'impact de différentes pathologies et conditions sur la QdV, et de s'apercevoir que l'importance de l'impact sur la QdV n'est pas toujours prévisible,

ni parallèle à la gravité de la maladie. Ces questionnaires ne contiennent pas d'items spécifiques de telle ou telle pathologie. **Les questionnaires spécifiques** contiennent des items qui sont spécifiquement affectés par une pathologie ou une condition bien précise. Ils sont par conséquent plus susceptibles de détecter un changement. De nombreux questionnaires correctement validés et traduits en plusieurs langues, sont désormais disponibles pour de nombreuses pathologies. Ils apparaissent ainsi plus adaptés aux essais thérapeutiques. De plus, les questionnaires spécifiques sont probablement mieux acceptés par les patients, car plus pertinents.

Est-ce que le scientifique en recherche clinique et le médecin dans son cabinet abordent de la même façon la notion de qualité de vie ?

La mesure de la QdV est avant tout un critère d'évaluation utilisé dans les essais thérapeutiques et les études de cohorte épidémiologiques. Les questionnaires disponibles rendent difficile, par leur longueur, leur application en pratique quotidienne, même si des versions courtes de certains questionnaires ont été développées. Elle pourrait être une aide décision-

nelle en pratique quotidienne. Le développement de questionnaires électroniques plus courts, permettant au soignant de visualiser facilement, lors de la consultation, les scores des différents domaines de QdV de son patient et leur évolution au cours du temps, ainsi que l'intégration des scores dans la prise de décision médicale, faciliteraient leur utilisation. L'évaluation de la QdV à l'aide d'une seule question, telle que « comment allez-vous ? » lors de la consultation ne permet pas de capter l'ensemble des domaines qui peuvent être influencés par la pathologie et par les traitements à l'étude. On conçoit aisément que cette question unique soit trop globale et vague, chacun d'entre nous pouvant y répondre en pensant à des événements ou des faits très différents.



## LE POINT DE VUE DES ASSOCIATIONS

Jean-Pierre Gadaud est vice-président de l'association La Santé de la Famille.

**Si l'OMS a sa définition de la Qualité de Vie [1], pour les individus cette notion se traduit tout simplement par le bien-être !**

**En effet, chacun de nous, depuis sa naissance, est en recherche de bien-être et d'épanouissement, c'est le fondement de l'espèce humaine.**

Mais pour atteindre ce bien-être, l'homme doit chercher à satisfaire ses besoins notamment physiques, psychologiques, sociaux et familiaux. La théorie de la motivation de Maslow, illustrée par une pyramide, hiérarchise 5 besoins qui sont autant d'étapes à franchir pour atteindre l'épanouissement : 1 / besoins physiologiques, 2 / besoin de sécurité, 3 / besoin d'appartenance, 4 / besoin d'estime et 5 / besoin de s'accomplir.

Certains vont ainsi satisfaire leurs besoins avec leurs propres ressources pour atteindre la qualité de vie qu'ils recherchaient. Mais d'autres, par leur histoire, leur éducation, leur état physique ou psychologique auront du mal à répondre à ces besoins existentiels. L'alcool, par ses propriétés psychotropes, pourra aider à la satisfaction du besoin manquant et permettre à la personne d'améliorer sa qualité de vie. L'exemple le plus souvent cité est celui de la personne timide qui grâce à l'effet désinhibiteur de l'alcool pourra s'intégrer à un groupe social (professionnel, sportifs, etc.). Cette personne réussit à mener sa vie ainsi pendant une certaine période. C'est une première phase dans la trajectoire de l'alcoolodépendance que le docteur Jean Rainaut [2] nomme celle de la « **solitude dorée** ».

### Comment choisit-on un questionnaire de QdV pour une recherche ?

Les principales questions à se poser si on doit choisir un questionnaire de QdV pour une étude sont les suivantes :

- Quelles sont les hypothèses de changement de scores de QdV ?
- Le questionnaire mesure-t-il bien la QdV ?
- Le questionnaire est-il validé ?
- Le questionnaire est-il disponible en plusieurs langues ?
- Combien d'items le patient devra-t-il remplir ?
- Quand et combien de fois faut-il mesurer la QdV ?

- Quelles sont les modalités de réponse aux items ?
- Quelle est la période de référence (période de temps écoulé sur laquelle il est demandé aux patients de répondre ?
- Comment sont calculés les scores ?

En conclusion, le choix d'un questionnaire est difficile parmi maintenant une pléthore de questionnaires. Il nécessite de se poser beaucoup de questions. Il faut retenir qu'un questionnaire dit « validé » n'est pas forcément pertinent pour une étude et une population données. La décision d'inclure une mesure de QdV dans une étude doit être considérée avec la même rigueur qu'avec n'importe quel autre critère d'évaluation.

Puis, du fait du phénomène de tolérance, la personne ayant augmenté insensiblement mais de façon continue les doses d'alcool pour obtenir l'effet voulu, vient la phase de la « **solitude anxieuse** ». Non seulement le produit n'apportera plus à la personne mais sa toxicité se manifestera alors. Et celle-ci se fera de plus en plus sentir dans toutes les dimensions qui composent la qualité de vie: santé qui défaille, moral qui baisse, relations aux autres qui changent. Le buveur devient pour la société l'alcoolique, l'ivrogne, une personne sans volonté. Viendra alors la **période « noire »**...

**Heureusement nous sommes nombreux ici à témoigner que l'on peut s'en sortir et que les anciens buveurs parlent, eux aussi, de qualité de vie et de bien-être. L'accompagnement d'une association d'entraide, le partage d'expériences vécues, représentent d'ailleurs un soutien essentiel.**

Il y a cependant deux stades pour reconstituer ses ressources dans la recherche du bien-être.

**Il y a le stade que nous nommons 'sans alcool'.** C'est une période pendant laquelle l'individu, après un sevrage, s'interdira non seulement de consommer mais cherchera aussi à ne pas être confronté au risque de prendre un verre : refus de certaines soirées habituellement arrosées, vigilance aux pots de départ en retraite, au repas de noces, résistance face au malaise perçu par le refus de boire...

Même si la personne ressent un bénéfice physique, elle ne pourra pas encore parler de bien-être ; elle aura toujours des manques notamment dans ses relations aux autres.

Pour avoir une réelle qualité de vie il faudra que cette personne passe au **stade dit 'hors alcool'**. Ici elle fera preuve d'une certaine indifférence vis-à-vis de l'alcool. Elle ne s'interdira plus l'alcool, elle s'autorisera une autre consommation. Elle sera libre. Elle pourra participer au pot de départ, au repas de noces sans être perturbée par la consommation d'alcool des autres. A ce stade la personne aura pu trouver ses ressources internes qui lui permettent l'épanouissement et le bien-être.

A l'origine, l'individu avait utilisé le psychotrope alcool faute d'avoir trouvé en lui les ressources pour satisfaire son ou ses besoins pour avancer dans la vie. **Grâce à sa vie « hors alcool », il se découvre des forces, des motivations pour avancer librement car il est devenu lui-même. Et quelque part, le dernier des besoins de Maslow, le besoin de réalisation de soi est atteint.**

[1] L'Organisation Mondiale de la Santé a défini dans les années 90 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

[2] Jean Rainaut, psychiatre alcoolologue, membre fondateur de la Société Française d'Alcoolologie

# PROJET DE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE

## 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 et discussion



**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 humaines et des conduites de santé » (EA4556) de Montpellier.

### Pourquoi ce projet ?

Depuis 2006, le groupe de travail Alcool de l'Inserm discute régulièrement autour des questions que se posent les associations d'entraide à partir de leurs expériences de terrain et de leurs attentes vis-à-vis de la recherche. Les membres échangent également sur les avancées et les difficultés de la recherche dans le domaine de l'alcoolologie. De leurs réflexions, a émergé l'idée d'un projet de recherche co-construit par les associations et les chercheurs sur l'hypothèse suivante : les personnes en difficulté avec l'alcool sont confrontées au sentiment de solitude. C'est une difficulté psychologique qu'il leur faut surmonter dans leur démarche vers le sevrage et le maintien dans l'abstinence. L'hypothèse du projet de recherche est que l'adhésion à une association d'entraide

permettrait à ces personnes de mieux dépasser ce sentiment de solitude et favoriserait l'évolution de leurs « valeurs interpersonnelles », c'est-à-dire les valeurs qui déterminent leur relation à autrui ; la restauration stable des liens sociaux serait alors un facteur favorisant le maintien de l'abstinence dans le temps.

Le projet a bénéficié du soutien financier de la Mildeca (Mission interministérielle contre les drogues et les conduites addictives).

### Les valeurs interpersonnelles (VIP), c'est quoi ?

Les VIP, ce sont 6 catégories de valeurs qui peuvent être mesurées par questionnaire (Gordon 1979). Elles sont considérées comme d'importance égale, mais indépendantes les unes des autres, pour évaluer l'adaptation à la vie personnelle, sociale, conjugale et professionnelle. Le score obtenu à chaque question d'une catégorie de valeur permet de calculer une note globale ; celle-ci indique l'intensité accordée par la personne à la valeur considérée.

| CATÉGORIE             | SIGNIFICATION  |
|-----------------------|--|
| Dépendance            | être traité avec compréhension, bienveillance.                             |
| Conformisme           | agir selon les conventions sociales, faire ce qui est accepté socialement. |
| Considération sociale | être respecté, admiré ; être considéré comme quelqu'un d'important.        |
| Indépendance          | avoir le droit de faire ce que l'on veut ; être libre de ses décisions.    |
| Bienveillance         | faire des choses pour les autres, les aider.                               |
| Commandement          | diriger les autres ; avoir de l'autorité sur eux.                          |

### Son organisation et sa méthodologie

Ce projet est porté conjointement par une équipe scientifique composée de deux docteurs en psychologie, maîtres de conférences des Universités (Isabelle Boulze et Michel Launay), d'un médecin-alcoolologue directeur de recherche à l'Inserm (Bertrand Nalpas), et par 6 associations d'entraide (Bernard et Monique des Alcooliques Anonymes, Alcool-Assistance, Alcool Ecoute Joie et Santé, La Croix Bleue, Les Amis de la Santé, Vie Libre). Les acteurs du projet ont travaillé ensemble à son élaboration et ont validé la méthodologie, la logistique et les outils utilisés.

Le protocole s'adressait à des personnes adultes venant chercher aide et soutien auprès d'une des 6 associations et récemment sevrées (moins de 3 mois). Après un questionnaire initial déterminant

leur entrée dans l'étude et leur score VIP, les participants devaient répondre par téléphone à un questionnaire de suivi (questionnaire VIP et bilan alcoolologique) tous les 3 mois et ce, sur une année. Le recueil des informations visait à suivre l'évolution, après le sevrage, de leurs valeurs interpersonnelles parallèlement à leur maintien ou non dans l'abstinence. Les membres des associations partenaires s'étaient organisés en réseau à travers tout le pays et ils participaient à la recherche en tant que co-investigateurs. Ils étaient chargés de recruter, parmi les nouveaux adhérents, des volontaires pour l'étude et de leur administrer le questionnaire initial. Leur rôle était également d'accompagner ces volontaires pour les motiver à rester dans l'étude sur toute une année. C'est un chercheur-enquêteur qui assurait l'administration des questionnaires de suivi et le recueil des données.

## RÉSULTATS ET DISCUSSION

### Population étudiée

Au total, 145 personnes ont été recrutées : 74 hommes et 59 femmes dont l'âge moyen était de 47 ans. Parmi elles, 57 % vivaient seules et 51 % avaient une activité professionnelle stable. Pour 30 % des participants, le sevrage avait été effectué seul, pour 21 % avec une aide médicale et pour 49 % en hospitalisation. Deux-tiers des personnes incluses avaient effectué au moins un séjour en post-cure dans leurs antécédents. Le moment de contact avec le mouvement d'entraide avait eu lieu principalement avant le sevrage. Les 2/3 des participants déclaraient bénéficier d'un suivi médical ou psychologique.

## L'inventaire global des valeurs interpersonnelles

Lorsque l'on se réfère aux moyennes des scores de l'ensemble de la population on constate une très grande homogénéité des résultats toutes valeurs confondues et quelles que soient les étapes. Les scores pour les valeurs Dépendance, Considération sociale et Indépendance sont dans la moyenne habituelle, par contre ils sont faibles pour la valeur Commandement.

Les données montrent que les sujets qui ont un problème d'alcool ne souhaitent pas exercer de position d'autorité sur les autres. C'est d'autant plus marqué chez les hommes. On peut se demander si ce repli ne tiendrait pas à une peur, une inhibition qui résulterait d'un statut qui aurait été discrédité par leur alcoolisme.

On observe que les hommes souhaitent fortement s'investir dans la relation d'aide. Ils espèrent que le partage de leur expérience puisse venir en aide aux autres membres. Les femmes se refusent d'organiser leur existence à partir de conventions sociales, l'alcoolisme les met d'ailleurs en marge de ces conventions. Elles ont tendance à rechercher de la considération (être respectées, admirées). On peut supposer que les femmes recherchent, dans leur adhésion à une association d'entraide, un groupe qui puisse entendre leur différence et dans lequel elles puissent être reconnues.

## Variation des valeurs interpersonnelles au cours du temps

L'analyse est faite sur les données de 53 sujets (36 % de l'échantillon) qui ont complété intégralement le suivi en renseignant à la fois le questionnaire VIP et le bilan alcoologique. Leur bilan initial des scores VIP n'était pas différent de ceux n'ayant pas complété le suivi. A chaque temps de l'évaluation, plus de 80 % de ces sujets déclaraient fréquenter assidûment l'association d'entraide, avec plus de 10 contacts par mois; trente-sept (70 %) rapportaient bénéficier d'un soutien médico-psychologique régulier. Sur les 53 sujets, vingt-huit (53 %) d'entre eux étaient restés strictement abstinents tout au long de la période d'observation alors que 25 (47 %) avaient repris la boisson au cours du suivi, sans différence en fonction du sexe.

La valeur Commandement reste basse au cours du temps, ce qui indique une caractéristique forte des personnes en difficulté avec l'alcool qu'ils aient ou non une consommation d'alcool. Leurs contacts fréquents à leur mouvement d'entraide montrent qu'ils sont dans une position où ils ont avant tout besoin que l'on s'occupe d'eux.

Au bout d'un an de suivi, seule la valeur Indépendance différencie significativement les sujets ayant repris une consommation de ceux qui sont restés abstinents.

Ceux qui ont rechuté ont une valeur Indépendance moyenne au départ qui n'évolue pas sur un an. Par contre, les sujets restés abstinents ont une valeur Indépendance plus faible au départ mais qui va en augmentant. Cela suggère, chez ces derniers, l'effet du mouvement d'entraide dans le désir d'être libre de leurs décisions et de leurs choix.

Les fluctuations les plus marquantes sur une année concernent les personnes abstinentes : 4 des 6 valeurs évoluent significativement. A un an, ils souhaitent moins fortement être traités avec compréhension (valeur Dépendance). Ils finissent par n'accorder qu'une valeur moyenne au fait d'agir selon les conventions sociales (Conformisme). Etre respecté devient secondaire (Considération sociale), l'abstinence paraît les avoir rassurés dans leur apport aux autres. Et enfin, ils affirment d'avantage le fait avoir le droit d'être libre de leurs décisions. Ils ont toujours fortement investi la fonction d'entraide (Bienveillance) et refusent de diriger les autres (Commandements). Les sujets ayant rechuté ne bougent pas dans leur rapport à ces valeurs.

## CONCLUSION

Cette étude a montré l'intérêt de l'adhésion à une association d'entraide sur la durée qu'il y ait ou non arrêt de la consommation d'alcool. Nous avons constaté que face à l'isolement de l'alcoolique, les associations d'entraide offrent une communauté adaptée à leur détresse, en marge des conventions et des pressions sociales. Cependant leur fréquentation ne peut être à l'origine de changements de valeurs vers une reconstruction porteuse d'espoir que si l'abstinence perdure. Nous avons pu en observer les prémices avec un suivi d'une année ; du fait de la complexité des facteurs sociaux, familiaux ou professionnels qui peuvent intervenir mais qui n'évoluent pas rapidement, une étude plus longue pourrait déterminer la réelle nature de ces transformations psychologiques dans le temps.

Les résultats détaillés de cette recherche seront soumis pour publication.

