

Des médicaments pour le traitement de l'usage nocif d'alcool et de l'alcoolodépendance

Pierre Poloméni / psychiatre, service d'addictologie, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (Sevran)

Il existe une actualité et un futur des médicaments de la dépendance à l'alcool... Cette simple affirmation donne de l'espoir face à une pathologie grave, aux conséquences désastreuses... Là où l'échec et l'impuissance s'imposaient, on envisage maintenant, associée au travail de fond, psychologique, comportemental, social, une action médicamenteuse.

Aujourd'hui, une fois sortie de la phase « facile » du sevrage avec l'aide du diazépam (recommandations internationales), seuls trois médicaments ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour prévenir la rechute :

– Aotal® (acamprosate), porté par l'habitude, le peu de toxicité, de nombreuses études positives, une méta-analyse et une revue Cochrane, est marqué en pratique clinique par une efficacité modeste (10 à 20% d'amélioration du taux d'abstinence à 6 mois par rapport au placebo) ;

– Revia® (naltrexone) semble posséder un potentiel fort en matière d'addictologie. Le mécanisme de la naltrexone est le blocage de certains récepteurs morphiniques interférant avec le désir d'alcool. C'est donc un antagoniste opiacé, agissant sur une des clés du système de la récompense, au point qu'il puisse être aussi recommandé dans le jeu pathologique. On observe un certain potentiel, des perspectives, et une efficacité inconstante en clinique alcoolologique pour éviter la « rechute » en cas de réalcoolisation.

– Esperal® (disulfirame) garde certains adeptes. Il pourrait retrouver un intérêt du fait de certains essais positifs dans le traitement de l'addiction à la cocaïne. Mais la violence punitive de la réaction antabuse (flush, malaise, anxiété, troubles neurovégétatifs, hypotension artérielle) la faible observance et ses effets indésirables en limitent l'utilisation.

L'irruption du baclofène dans cette pharmacopée limitée, décevante, s'explique donc facilement (voir p. 4). Mais

d'autres molécules sont annoncées, à plus ou moins long terme, certaines ont fait l'objet d'études poussées et sont déjà utilisées dans d'autres pays.

De nouvelles molécules pour lutter contre l'alcoolisme

– Ainsi le Selincro® (nalméfène), bénéficie d'une AMM européenne. Il s'agit d'un antagoniste des opiacés. C'est le premier traitement pouvant être pris « occasionnellement » pour réduire la consommation d'alcool. Au-delà de ce mode de prescription, c'est son positionnement dans la réduction des risques « alcool » qui en fait la particularité. Il serait adapté à une catégorie de patients qui ne présentent pas de symptômes physiques de manque, qui ne veulent pas d'un sevrage (dans un premier temps) et qui ont une forte consommation occasionnelle. L'efficacité contre placebo peut sembler modeste dans certaines études, mais conforte cependant une baisse des risques pris du fait de la consommation. L'étude la plus intéressante a évalué la capacité du nalméfène à réduire les fortes consommations d'alcool¹. Quatre cent trois patients ayant des difficultés à contrôler leur consommation ont été inclus.

L'originalité de ce travail est que le traitement n'a pas été prescrit systématiquement, à dose fixe, comme c'est le cas dans la plupart des études, mais à la demande, lorsque la consommation d'alcool était imminente : soit du nalméfène (10 mg à 40 mg/j) [n = 242], soit du placebo (n = 161). Il s'y associait une intervention psychosociale minimale de type BRENDA. Le suivi a été de 28 semaines. La consommation d'alcool a diminué dans les deux groupes, significativement davantage dans le groupe nalméfène.

Le nombre moyen de jours de forte consommation par mois variait de 8,6 à 9,3 sous nalméfène (15,5 avant inclu-

¹ Paille F, Aubin HJ. Les perspectives dans le traitement médicamenteux de la dépendance à l'alcool. Synthèse des essais thérapeutiques récents. Société française d'addictologie, février 2012.

sion), de 10,6 à 12 sous placebo (16,2 avant inclusion). Le nombre de verres par semaine variait, selon les évaluations, de 22,7 à 25,5 dans le groupe nalméfène (43,2 avant traitement), de 28,5 à 32,6 dans le groupe placebo (45,0 avant traitement). Le nombre de verres par jour de consommation variait de 6,3 à 6,8 dans le groupe nalméfène (9,6 avant traitement), de 7,3 à 8,4 dans le groupe placebo (9,5 avant traitement).

Les effets indésirables les plus fréquents étaient : nausées, malaise, insomnie, fatigue, vertige².

— L'acide gamma-hydroxybutyrate (GHB) [bien connu des lecteurs] possède des caractéristiques qui pourraient, peut-être, lui valoir une indication dans le traitement de l'alcoolodépendance. Agoniste des récepteurs GABAergiques, sa structure est proche de celle du baclofène. Plusieurs études ont été réalisées ou sont en cours (Alcover[®] étant le nom retenu dans ce cadre) et une utilisation, déjà réelle dans certains pays (Autriche, Italie), favoriserait son AMM

en prévention du syndrome de sevrage et le maintien de l'abstinence. En France, et dans d'autres pays, le GHB est actuellement commercialisé dans le traitement de la narcolepsie-catalepsie sous le nom de Xyrem[®] (solution buvable d'oxybate de sodium). Il est classé dans la catégorie des stupéfiants, mais il devrait conserver sa place dans la narcolepsie. Les précautions d'emploi du Xyrem[®] et donc de l'Alcover[®] sont importantes et pourraient limiter son usage : dépression respiratoire et du système nerveux central (SNC), risque d'abus et de dépendance, porphyrie, effets neuropsychiatriques et l'utilisation concomitante avec les benzodiazépines doit être évitée.

— Epitomax[®] (topiramate). Beaucoup d'études ont été menées avec les antiépileptiques GABAergiques dans le champ des addictions. Parmi elles, il semble le plus prometteur.

Trois études l'ont comparé au placebo. En moyenne, on note une différence statistiquement significative entre les deux groupes au profit du topiramate de -2,88 verres par jour, de -3,1 verres par jour de consommation, de -27,6 % des jours de forte consommation, de +26,2 % des jours d'abstinence et du *craving*.

Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté. Les effets retrouvés plus fréquemment que sous placebo étaient : vertiges, paresthésies, ralentissement psychomoteur, trouble de la mémoire et de la concentration, perte de poids³.

Par ailleurs, dans la même étude, le topiramate a amélioré la sensation de bien-être, de diffé-

rents paramètres, physiques et de la qualité de vie. Une méta-analyse de ces études a été réalisée. Elle conclut que le topiramate est plus efficace que le placebo. Il réduit le pourcentage de jours de forte consommation (23,2 %) et augmente le nombre de jours d'abstinence (2,9 jours).

— Zophren[®] (ondansetron) est un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ de la sérotonine, actuellement utilisé comme antiémétique au cours des chimiothérapies. Trois essais cliniques étaient disponibles courant 2012⁴⁻⁶.

Les résultats sont peu contributifs. On note que les patients avec un alcoolisme à début précoce ont amélioré leur consommation de façon significative sous ondansetron par rapport au placebo. Par ailleurs, l'ondansetron agit sur le *craving* et donne de meilleurs résultats associés à la naltrexone.

— Enfin, l'Abilify[®]. L'aripiprazole est un antipsychotique agoniste partiel du récepteur D₂ de la dopamine. En fait, son mécanisme d'action pourrait être plus complexe et agir aussi sur les récepteurs de la sérotonine. Il est parfois présenté comme un « stabilisateur » des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques et est testé, voire utilisé, dans plusieurs addictions, en particulier si un régulateur d'humeur est indiqué. Ce médicament a produit des résultats variables selon les études, dont plusieurs récentes sont disponibles⁷⁻¹⁰. Son intérêt, à documenter, pourrait résider dans son profil pharmacologique qui pourrait être intéressant chez les patients alcoolodépendants impulsifs¹.

Conclusion

Avec ou malgré tous ces médicaments actuels et à venir, la question de l'investissement de l'équipe soignante et des outils psychosociaux reste entière. Parmi tous ces essais thérapeutiques, on est d'abord frappé, et c'est une constante dans toutes les études, par le fait que tous les patients sont améliorés, quels que soient les traitements proposés, placebo compris, ce qui conforte le fait que l'accompagnement psychosocial reste la base du traitement des conduites addictives¹. De plus, l'alcoolodépendance, ou plutôt les usages nocifs d'alcool fluctuent avec le temps, les galères, etc. Enfin, on doit s'intéresser à distinguer des populations, et identifier, dans le cadre d'une médecine personnalisée, les médicaments adaptés (modalités et conditions de consommation, aspects génétiques, culturels, etc.). Les modalités de l'accompagnement et les « guérisons » à long terme resteront un défi.

² Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A et al. Targeted nalmefene with a simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1179-87.

³ Johnson BA, Ait-Dacud N, Bowden Clet et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1677-85.

⁴ Sellers EM, Toneatto T, Romach MK et al. Clinical efficacy of the 5-HT₃ antagonist ondansetron in alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:879-85.

⁵ Johnson BA, Roache JD, Javors MA et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-71.

⁶ Johnson BA, Roache JD, Ait-Dacud N et al. Ondansetron reduces the craving of biologically predisposed alcoholics. *Psychopharmacology* 2002;160:408-13.

⁷ Anton RF, Kranzler H, Breder C et al. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28:5-12.

⁸ Martinotti G, Di Nicola M, Di Giannantonio M, Janiri L. Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs naltrexone. *J Psychopharmacol* 2009;23:123-9.

⁹ Voronin K, Randall P, Myrick H, Anton R. Aripiprazole effects on alcohol consumption and subjective reports in a clinical laboratory paradigm-possible influence of self-control. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1954-61.

¹⁰ Myrick H, Li X, Randall PK, Henderson S et al. The effect of aripiprazole on cue-induced brain activation and drinking parameters in alcoholics. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:365-72.

Baclofène : encore une exception française...

Florence Arnold-Richez / Journaliste

C'est sous la pression des patients et des médecins que le baclofène a obtenu une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour trois ans maximum, annoncée lors du colloque « Alcool: plus de cent morts par jour ça suffit! Place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme » du 3 juin dernier.

Média en ordre de bataille, reportages, interviews, émissions, pétitions, montée au créneau de nombreux médecins généralistes et spécialistes de l'addiction avec appel de personnalités médicales aux autorités de santé (en avril), création d'une association d'utilisateurs et sympathisants (Aubes), lancement en urgence de cohortes d'études, colloque, etc. On a eu toute la panoplie de ce qui fait cliqueter habituellement dans l'Hexagone les armes de la polémique dans le champ de la santé publique. Avec un tonique scénario du type « on met la charrue avant les bœufs » : avant d'obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de traitement des malades alcoolodépendants, le baclofène, « vieux » médicament, utilisé depuis 40 ans comme un relaxant musculaire, testé par le cardiologue Olivier Ameisen à hautes doses sur lui-même¹, a conquis, « à la militante », une bonne partie du monde, vaste en France, des malades alcooliques (1,5 million de personnes).

* 117 000 patients ont bénéficié d'un remboursement en 2012 selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

¹ Olivier Ameisen. *Le Dernier Verre*. Denoël, 2008.

² Organisé à l'hôpital Cochin le 3 juin 2013 par l'Association des utilisateurs de baclofène et sympathisants (AUBES), l'Association baclofène et le Réseau addictions baclofène (RESAB).

³ Le baclofène est un médicament autorisé depuis 1975 sous le nom commercial Liorésal® avec pour indication le traitement des contractures musculaires, pouvant survenir notamment dans la sclérose en plaques ou dans certaines affections de la moelle épinière.

Résultat : le baclofène serait déjà prescrit à 50 000* d'entre eux par des milliers de médecins, la plupart en ville, alors que les études de cohorte, de quelques centaines de patients, qui doivent évaluer son efficacité et ses effets indésirables, sont loin d'être bouclées. « Quand on constate que le nombre de patients concernés atteint de tels chiffres, cela interroge la communauté: c'est un problème de santé publique dont il faut se saisir », commentait Catherine Hill, chef du service de biostatistique

et d'épidémiologie de l'institut Gustave Roussy. Pouvoirs publics, chercheurs courent donc derrière la pratique des praticiens qui, elle, court... derrière les patients, vent debout pour demander, voire revendiquer, le traitement qui pourra enfin leur faire voir le bout du tunnel. Et, *last but not least*, c'est à l'occasion du colloque « Alcool: plus de cent morts par jour, ça suffit! Place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme » du 3 juin dernier², que le Pr Dominique Maraninchi, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a annoncé la mise en place très prochaine (mais toujours pas validée le 1^{er} mars 2014) d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) de trois ans maximum pour le baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance. Décidément, l'histoire nous mord la nuque, comme jadis avec le Temgésic®, aujourd'hui avec les e-cigarettes. Et c'est plutôt un (bon) signe de vitalité de notre dispositif sanitaire, si souvent accusé de peser... un âne mort!

Pour de meilleurs encadrement et suivi

« L'ANSM a été saisie et déterminera le cadre d'utilisation du baclofène et la mise en place d'une surveillance permettant de partager des données et de sécuriser la prescription du produit », a déclaré le Pr Dominique Maraninchi pendant son allocution au cours de ce colloque. En cas d'avis favorable émis par la commission en charge du dossier, le référentiel concernera les méde-

Les études cliniques françaises en cours

L'étude Bacloville, essai clinique randomisé en double aveugle contre placebo pendant un an en milieu ambulatoire, multicentrique, démarré en juin 2012 : 320 patients (dont 160 recevront le placebo) suivis par 60 médecins investigateurs, dans neuf régions.

Investigateur et coordinateur : Pr Philippe Jaury.

Objectif principal : montrer l'efficacité à un an du baclofène dans cette indication comparé au placebo.

Objectifs secondaires : décrire la distribution des posologies efficaces, en évaluer la tolérance en recherchant tous les effets indésirables, notamment aux posologies élevées, en essayant de différencier ce qui est dû à la molécule, à l'arrêt de l'alcool et à la potentialisation alcool-baclofène, mieux caractériser les patients pour lesquels cette molécule est efficace, décrire leur évolution du point de vue de la consommation totale et moyenne mensuelle d'alcool, du nombre de jours d'abstinence, et de « *heavy drinking days* », évaluer la qualité de vie sous traitement ; étudier l'évolution des paramètres biologiques, notamment hépatiques et rénaux.

Les patients seront suivis sur un an avec deux consultations le premier mois et le dernier mois, et une fois par mois les autres mois. En début d'étude, on leur prescrira une augmentation très progressive des doses par paliers de 5 mg, en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Le patient sera contacté par téléphone ou vu en consultation tous les 15 jours pendant la phase de croissance du traitement, lorsque la dose prescrite est supérieure à 200 mg/j.

L'étude Alpadir, essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, évalue en milieu hospitalier l'efficacité de Xylka® (baclofène, laboratoire Éthypharm) à la posologie cible de 180 mg par jour versus placebo, dans le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants, mise en place fin 2012.

Coordinateur : Pr Michel Reynaud, chef du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif.

Objectif principal : étudier le maintien de l'abstinence, mais aussi l'effet du baclofène sur la réduction de la consommation pour les patients reprenant une consommation d'alcool.

Les patients seront divisés en deux groupes de 158 personnes, l'un recevant le médicament actif (baclofène) et l'autre le placebo. Le médicament sera administré pendant 26 semaines et les quatre dernières permettront un suivi après l'arrêt du traitement. Pendant la durée de l'étude, les patients bénéficieront de séances brèves d'accompagnement psychologique. L'étude dure en tout 30 semaines pour chaque patient. Elle comprend 15 visites : d'abord cinq visites espacées d'une semaine, puis quatre visites espacées de deux semaines, puis trois visites espacées de quatre semaines et, enfin, trois visites espacées de deux semaines. Sept bilans sanguins seront réalisés à intervalles réguliers pendant l'étude.

cins généralistes, « mais il faudra traiter de façon encadrée et compte tenu des particularités et du contexte de chaque patient ». La commission de l'ANSM a ainsi validé « les grandes lignes directrices de la RTU envisagée » le 4 juillet dernier.

En effet, la mise en place du dispositif de RTU doit permettre de meilleurs cadre de prescription et évaluation de la balance bénéfice/risque du médicament (Liorésal®)³, car il prévoit les modalités de suivi des patients et de recueil des informations relatives à l'efficacité, à la sécurité et aux conditions réelles d'utilisation de la spécialité, par un suivi des patients, financé par le laboratoire (Sanofi-Aventis). « Une RTU est une sécurisation sanitaire pour tout le monde et pour les patients », disait le Dr Alain Weill pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Autre avantage : il ouvre la possibilité d'un remboursement par la Sécurité sociale dans cette indication. Même si le coût du traitement est peu élevé (3,90 € par jour, 80 € par mois), c'est un « bénéfice » du dispositif qui est loin d'être négligeable !

Un espoir donc pour des dizaines de milliers de malades et aussi pour les praticiens qui les accompagnent dans leur traitement, mais qui ne doit pas virer pour autant à un engouement discutable pour un traitement spécifique auquel, malgré tout, 20 à 30 % ne répondent pas. Sans parler des effets indésirables qui ne sont pas une vue de l'esprit, même s'ils sont, dans la majorité des cas, peu sévères (sédation, somnolence, faiblesse et/ou douleurs musculaires, nausées, etc.) et disparaissent généralement lorsque le dosage est stabilisé depuis plusieurs jours. « Malgré l'intérêt de cette molécule, il n'y a pas de panacée pour traiter l'alcoolisme, et cela vaut pour le baclofène » prévenait le Dr Pascal Gache, médecin alcoolologue et interniste à Genève, au cours du colloque. Et concernant le nalméfène, indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool à haut risque chez des adultes alcoolodépendants, qui a déjà obtenu son AMM européenne, il ajoutait : « moins boire c'est mieux. Plus d'options pour moins boire, c'est encore mieux. »

Reste que « le médecin généraliste ne se contentera jamais de prescrire des médicaments : comme pour la prescription de buprénorphine, celle de baclofène se fait dans le cadre d'une prise en charge globale, d'un suivi au long cours et d'un travail en équipe », concluait le Pr Philippe Jaury.

Le choix de Monsieur L.

Repenser l'accompagnement des usages d'alcool

Matthieu Fieulaine / chargé de projet, « Santé! », Marseille

Aider et accompagner les usagers d'alcool, dits « problématiques » comme Monsieur L., avec des initiatives innovantes et expérimentales en matière d'accueil, de soins et de qualité de vie pour ouvrir la voie à de nouvelles pratiques.

« Si Monsieur L. arrête de boire, c'est qu'il fait le choix de la vie. Mais s'il continue, c'est qu'il a décidé d'en finir... » Cette phrase était prononcée il y a quelques jours lors d'une réunion de synthèse par un médecin (d'ailleurs compréhensif et tolérant à l'égard des usages d'alcool parfois très excessifs de certains de ses patients) à propos d'un usager en situation de grande détresse somatique. Si elle peut sembler frapper au coin du bon sens, s'agissant en l'espèce d'évoquer un usager physiquement très atteint et dont la consommation peut, à terme, provoquer le décès, elle illustre surtout à merveille le travail qu'il reste à accomplir pour qu'émergent et soient reconnus des discours alternatifs et des pratiques novatrices dans le champ de l'alcoologie, c'est-à-dire dans la compréhension et l'accompagnement des usages d'alcool dits « problématiques » : tant que l'on impose aux usagers de choisir entre un comportement que la morale ou la science recommande (l'arrêt, la tempérance, le contrôle, etc.) et les gémonies solitaires promises à celles et ceux qui persistent à « mal-boire », tant que l'on garantit aux premiers aide et assistance aux moyens de sevrage et d'accès aux dispositifs dédiés aux buveurs pénitents et patients compliants sans rien offrir d'autre aux seconds qu'un peu plus de souffrance et d'exclusion, alors, effectivement, il faut à Monsieur L. et à

beaucoup d'autres s'efforcer de rentrer dans le moule ou mourir... si possible seuls et sans bruit.

En réalité, Monsieur L., pour peu qu'on l'écoute, ne fait pas plus le choix de *la vie*, au sens entendu par le praticien, qu'il ne choisit de mourir. Il souhaiterait simplement choisir *sa* vie, qu'il a fait sienne, constituée, entre autres, d'usages « excessifs » et qu'il sait être mortels à terme, mais sans lesquels sa vie n'a plus de sens, même si cela va à rebours de ce que lui répètent les nombreux Cassandra qu'il fréquente depuis des lustres et qui contribuent à faire de ses pratiques d'usage une pathologie.

Qu'il s'agisse de norme sociale, de cadre légal ou de santé publique, la question des usages de substances psychoactives a toujours constitué un enjeu de domination : il s'agissait pour quelques-uns – tour à tour religieux, moralistes, législateurs, forces de l'ordre et détenteurs du savoir médical – d'imposer au plus grand nombre leur vision de ce qui pouvait ou non être consommé, de quelle façon et dans quelles limites. Au gré d'intérêts politiques, économiques ou de logiques de protection ou de contrôle (d'aucuns parleront de bien-être) des populations, avec des stratégies plus ou moins répressives, se construit un ordre qui trace la frontière entre les pratiques acceptables, encouragées ou tolérées, et celles qu'il convient de réprouver et de combattre.

L'usage d'alcool est à ce titre à la fois exemplaire et singulier : singulier dans nos sociétés parce qu'il occupe la place particulière de « drogue officielle » élevée au rang de patrimoine, « totem »¹ autour duquel s'organisent les rites de socialisation, marqueur des événements qui jalonnent la vie en société. Mais aussi exemplaire, parce que dans le même temps que s'érige une norme d'usage intégrative, encouragée par des représentations, des discours et une mythologie, s'élabore un contre-modèle qui vise à stigmatiser à l'extrême les usages dits « déviants » (boire le matin, boire quand on est femme, boire seul, boire trop, boire du mauvais alcool, etc.) et qui vaut à ceux qui s'y adonnent d'être inaptes non seulement à boire mais, au-delà, à vivre en société.

La violence de ce stigmatisme n'est pas atténuée par un dispositif de prise en charge spécialisé, l'alcoologie, qui s'est construit autour d'un dogme, celui de l'abstinence comme seul projet thérapeutique valable, et à partir d'une seule expertise, celle du savoir biomédical comme outil d'analyse des pratiques d'usages observées à l'aune de leurs effets potentiellement pathogènes, omettant qu'il s'agit de *manières de boire* qui sont des *manières de vivre*.

Face à ce constat, on ne peut que se réjouir d'entendre enfin parler, trente ans après son apparition dans le champ de la toxicomanie, de réduction des risques (RdR) en alcoologie. Encore faut-il que cette approche ne soit pas réduite à un objectif de réduction des consommations ou d'interventions autour des consommations dites « à risque » (milieu festif, sécurité routière, etc.), pas plus qu'un pis-aller destiné aux cas désespérés incapables d'intégrer les dispositifs classiques.

La RdR en matière d'alcool doit s'entendre comme une offre d'accompagnement alternative et complémentaire au modèle abstinentiel qui se fonde sur une autre façon d'appréhender à la fois l'utilisateur, l'usage et la nature de la relation d'aide.

L'utilisateur : un expert de ses propres pratiques

À rebours de l'expertise alcoologique (et du bon sens populaire) qui fait de « l'alcoolodépendant » une personne inapte à boire « sainement », incapable de contrôler ses usages, ayant, selon la définition de Pierre Fouquet, « *perdu la liberté de s'abstenir de boire* », la RdR en matière d'alcool part du principe que l'utilisateur est expert de ses propres pratiques. C'est-à-dire qu'il est à même, plus que quiconque et pour peu qu'on lui en offre les conditions et les moyens, de nommer ses pratiques, de les évaluer, d'en mesurer les bienfaits

comme les méfaits, de faire des choix et de formuler une demande d'aide qui corresponde à la

¹ Roland Barthes parle dans « *Mythologies* » (1970) à propos du vin en France de « *Boisson-Totem* »

L'association « Santé ! », créée à Marseille, regroupe des usagers et des professionnels du champ de l'addictologie, et plus largement de la santé et du social. Elle a pour objet la promotion de la réduction des risques et l'autosupport, liés notamment aux usages d'alcool. Elle a vocation à initier et à soutenir les démarches fondées sur la place centrale que doit prendre l'utilisateur dans les dispositifs d'aide et d'accompagnement, sur son droit à disposer de ses pratiques, de sa santé et sur ses capacités à définir ses besoins en matière d'aide et de soin.

Elle s'attache donc à favoriser, par tous les moyens (création de dispositifs, recherche, formation, soutien aux usagers, appui aux professionnels), la représentation des usagers dans la définition de l'offre de soins et la construction des propositions d'accompagnement. L'association engage des initiatives pour initier, porter, valoriser et soutenir toutes les prises en charge innovantes et expérimentales en matière d'accueil, de soins et d'accompagnement.

Association « Santé ! »

45, avenue Vallon-d'Ol, 13015 Marseille

sante.rdra@gmail.com

fois à ses besoins et à ses capacités de changement. Il le fait à son rythme, qui n'est pas celui des aidants, avec ses objectifs, ses réticences et ses deuils impossibles, qu'il est impératif de respecter.

L'usage est propre à chacun

L'usage s'inscrit dans des logiques et des stratégies singulières, propres à chacun, qu'il convient de saisir et de comprendre si l'on prétend intervenir. Ce qui fait l'usage, ce n'est ni le « combien » (combien de verres standard?) ni le « pourquoi » (pourquoi vous faites-vous tant de mal?) si chers aux addictologues, experts ou profanes, mais le « comment », qui permet à l'utilisateur de se réapproprier ses « *manières de boire* ». Ces usages qui peuvent à un moment donné poser problème sont le fruit d'une histoire que nous appelons « carrière » et qui généralement n'existent que parce qu'ils remplissent des fonctions bénéfiques et essentielles pour l'individu. Chaque utilisateur tend à trouver un niveau d'usage qui lui assure la qualité de vie la plus acceptable possible au



regard de son état et de ses conditions d'existence. Ce niveau d'usage, chez certains quantitativement très élevé, que nous appelons « zone de confort » est trop souvent mis à mal par l'intervention de tiers qui cherchent à le réduire ou à le contenir. La RdR en matière d'alcool, avant d'initier un changement d'usages, s'assure donc d'abord de protéger, de « sanctuariser » cette zone de confort et s'attache alors à en prévenir ou à en réduire les risques et dommages induits, considérant que c'est à cette seule condition préalable que l'on peut – ou non – élaborer un projet de changement.

La relation d'aide et de soin pour **une meilleure qualité de vie**

L'objectif est d'intervenir sur la *qualité de vie* de la personne en vue de l'améliorer, de la stabiliser ou même seulement parfois d'en ralentir ou d'en retarder la dégradation. Cette notion permet, d'une part, de sortir du modèle élaboré par le savoir expert de « la bonne santé à tout prix » (qui, appliqué à l'alcoologie, donne « boire dans les normes ou ne pas boire ») et, d'autre part, de placer au centre de l'intervention la perception de l'usager autant que ses aspirations. La relation d'aide et de soin devient donc une négociation qui part de la *qualité de vie perçue* par l'usager dans l'objectif d'élaborer avec lui une proposition de *qualité de vie réalisable* qui soit le plus égale possible à la *qualité de vie souhaitée* par lui. Cela se concrétise par une mobilisation de toutes les compétences, afin de permettre aux personnes tout aussi bien une réorganisation de leurs usages quand elles le désirent ou le peuvent qu'un accompagnement au maintien de leurs pratiques si elles ne peuvent ou ne veulent les changer en travaillant les conséquences de ces usages sur leur qualité de vie et en élaborant une stratégie adaptée, dynamique et expérientielle (s'appuyant sur l'expérience vécue par l'usager) en vue d'agir sur celle-ci. Loin de n'être que l'affaire des alcoologues non plus que celle des soignants, la RdR en matière d'alcool est une manière nouvelle d'envisager les usages, de les nommer, de les accompagner et de les sécuriser. Il est essentiel que chacun, usager, proche, professionnel du social ou de la santé, puisse se l'approprier et se sente légitime depuis sa place à tenter d'autres discours, d'autres accueils, d'autres soutiens lorsqu'il apparaît que la personne ne peut répondre aux exigences d'un modèle contraignant s'appuyant sur la capacité au changement radical d'organisation de vie que constitue la modification des manières de boire. C'est en prenant le risque d'expérimenter que nous construirons une véritable RdR fondée sur la volonté de ne plus laisser personne à la porte du soin ou face aux choix que l'on propose à Monsieur L.

« La prévention sanitaire »

Cour des comptes, octobre 2011

Gilles Pialoux / Rédacteur en chef, hôpital Tenon, Paris

La prévention sanitaire, vue par la Cour des comptes (exemple de l'alcool), constitue un document aussi opulent qu'intéressant livré en octobre 2011. La Cour des comptes y dresse l'état de la prévention et des financements de la prévention vis-à-vis des maladies et infections en France, sur 138 pages. Pas facile de s'y retrouver, à commencer par le coût total de la prévention, puisque, comme l'expliquent les rapporteurs, l'effort financier consacré à la prévention sanitaire en France pour l'alcool varie selon les méthodes de calcul dans un rapport de 1 à 10 ! Soit d'un million d'euros par an selon les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) gérés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), jusqu'à 10,5 millions d'euros en fonction des résultats de l'étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

Le chapitre consacré à la prévention des désordres liés à la consommation d'alcool pourrait se résumer par son titre : « Les ambiguïtés récurrentes de la prévention des risques liés à l'alcool »... Il y est beaucoup question du Conseil de modération et de prévention mis en place par le décret du 4 octobre 2005, rattaché au ministère de la Santé et au ministère de l'Agriculture. Ce Conseil est présenté par certains professionnels de la santé publique comme « une instance de protection des intérêts viticoles ». Les rapporteurs pointent, de fait, la nécessité d'une approche interministérielle et transversale de la politique des préventions des effets néfastes de l'alcool, compte tenu de la diversité des populations auxquelles les actions de prévention s'adressent.

La Cour des comptes pointe aussi « le cloisonnement et la dispersion des responsabilités au niveau central qui entravent l'affirmation d'une politique de prévention forte et ne peut que faciliter des contre-stratégies de la part des intérêts économiques pour atténuer l'efficacité des mesures décidées ».

L'actuel rapport, en cours de publication, devrait revenir sur la question des agences régionales de santé (ARS) et voir dans quelle mesure ces structures ont permis de promouvoir une dynamique locale de prévention, notamment dans les régions fortement viticoles. La Cour des comptes prévoyait de donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire, ce qui est resté, à ma connaissance, lettre morte.

On revient aussi sur l'expertise collective de l'Institut national du cancer (INCa) publiée en novembre 2007 sur les rapports entre alcool et risques de cancer et qui conclut, en l'absence d'expertise collective concernant l'éventuel effet protecteur au niveau des facteurs de risque cardio-vasculaire, qu'il n'était pas souhaitable « de promouvoir la consommation modérée d'alcool en l'état actuel des connaissances ».

La Cour des comptes rejoint l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) [2009] qui avait déjà pointé les déséquilibres des moyens consacrés à la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles par rapport à ceux consacrés à d'autres problèmes de santé. Plus de 25 millions d'euros en 2009 pour la prévention du sida et infections sexuellement transmissibles (IST) contre cinq fois moins pour la prévention relative à l'alcool (5,3 millions d'euros). Comme souvent venant de la Cour des comptes, l'opposition des chiffres est singulière ! En 2006, le rapport rappelle que le montant des investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées s'est élevé à 306 millions d'euros, soit presque trois fois le budget global de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui couvre tous les secteurs de prévention sanitaire...