

BULLETIN RÉGIONAL DES ADDICTIONS

N°15
Octobre
2006



SOMMAIRE :

Editorial: Contribuer à la formation en Addictologie

(Dr D.METE) Page 2

Si le service d'Addictologie de Bellepierre m'était conté.

(M.BOUVERET)Page 2

Actualités des Addictions

(Dr D.METE)Page 3

Le soin et la prévention en Addictologie : deux champs qui n'ont pas le même objet

(Dr JF.FERRE)Page 3

Le malade alcoolique face à lui-même

(B.BONHOMME)Page 4

La consultation de tabacologie : une consultation d'addictologie

(Dr JF.FERRE)Page 7

Incidence du prix du tabac sur la consommation : les données réunionnaises

(Dr JF .FERRE)Page 7

L'accompagnement social en service d'addictologie

(S.LANCIANI)Page 9

Les marqueurs en alcoologie, quoi de neuf ?

(Dr JPAUBIN)Page 12

Atelier "Rythme et Percussions" dans la prise en charge de patients en centre d'addictologie

(N.GREINER)Page 13

**Fédération Régionale
d'Addictologie de la Réunion**
CHD Félix Guyon - 97405 Saint-Denis Cedex
Directeur de la publication: Dr JPAUBIN

EDITORIAL : CONTRIBUER A LA FORMATION EN ADDICTOLOGIE

par David METE, secrétaire

La FRAR depuis sa création en 1998 est engagée activement dans la formation des intervenants en Addictologie à l'île de la Réunion. Ce nouveau bulletin régional des addictions comporte les communications présentées lors des dernières tables rondes addictologiques, ainsi que des articles originaux.

Nous avons le grand plaisir de vous informer de l'organisation d'une journée intitulée "Jeunes et Addictions" sous la présidence de monsieur le Professeur Michel REYNAUD, samedi 25 novembre 2006.

Acteur de premier plan dans le domaine des addictions, Michel Reynaud est chef du service de Psychiatrie et d'Addictologie à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif. Outre

de nombreuses publications scientifiques, il est l'auteur de plusieurs rapports au gouvernement ainsi que d'ouvrages sur les addictions et la psychiatrie tant à destination des professionnels que du grand public.

Nous vous recommandons donc de rapidement vous inscrire le nombre de places étant limité !

Bibliographie non exhaustive :

L'Amour est une drogue douce... en général, Robert Laffont, 2005

Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Masson, 2005.

Addictions et psychiatrie, Masson 2005.

Les pratiques addictives: Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Odile Jacob, 2000.



Si le service d'Addictologie de Bellepierre m'était conté par Michel BOUVERET.

Début août, le bâtiment de l'ancienne maternité du CHD de Bellepierre a disparu sous les coups de butoir d'énormes engins ; les médias (télévision et journaux) en ont abondamment parlé ; imaginez que 80 000 petits Réunionnais y avaient vu le jour ! Ce qui a été omis par contre c'est de dire qu'entre 1997 et 2005 cette maternité avait accueilli des malades alcooliques qui, d'une certaine façon, avaient connu une « renaissance » sans alcool à la vie ! Cela d'ailleurs n'était qu'une étape dans le parcours de ce centre d'addictologie mis en place avec beaucoup de ténacité par le Dr Guy Letourneur vers les années 85 à proximité de la chapelle de l'hôpital. Les « anciens » se souviennent encore des chambres vétustes à quatre lits, des parties de cartes avec le vieil aumônier mais surtout de la motivation inculquée par le Dr Letourneur et son équipe d'infirmières dont

beaucoup sont restées jusqu'à ce que l'heure de la retraite sonne.



Le docteur Ferrandiz, le docteur Mété et le docteur Wind ont continué d'animer le service, apportant leur aide efficace aux associations de malades alcooliques.

C'est ainsi que, pour une scène du tournage d'un court-métrage sur l'ecstasy, l'association ReSA a bénéficié d'un accueil plus que sympathique dans de nouveaux locaux fort confortables. De quoi peut-être donner raison à un médecin qui craignait à une époque que le transfert des malades alcooliques dans l'ancienne maternité les fasse rechuter lorsqu'ils retrouveraient leur « taudis » en sortant de l'hôpital !

La page est tournée et nous, les malades alcooliques, nous avons obtenu droit de cité à Bellepierre au même titre que n'importe quel autre patient.

Michel BOUVERET
Association ReSA

Association ReSa

(Renaître Sans alcool)

Résidence les Olympiades, appt.2
2, rue Pierre de Coubertin
97490 Sainte-Clotilde
Tél/Fax: 02.62.97.23.75

~ ACTUALITE DES ADDICTIONS ~

Le Conseil Général de la Réunion a annoncé une nouvelle augmentation des taxes sur le tabac. Rappelons qu'en vertu de la LOOM (Loi d'Orientation d'Outre-Mer), les collectivités territoriales des DOM-TOM perçoivent les taxes sur le tabac. A peu près au même moment, les consultations de tabacologie de l'île, qui bénéficiaient du programme de gratuité des patches, étaient avisées de la fin prochaine du dispositif. Dans un courrier adressé au Dr Alcaraz, Directeur de la Santé Publique au Conseil Général, la FRAR en association avec l'ANPAA974 a fait part de son étonnement en estimant choquant que l'on mette davantage à contribution les fumeurs tout en supprimant les aides au sevrage tabagique. Le rapport Kopp en 2000 a démontré que le tabagisme en Française coûtait 10 à 11 milliards d'euros alors que celui-ci "rapportait" 8 milliards. Jusqu'à ce jour, ces recettes ne servent pas à payer la prévention ou les coûts induits par le tabagisme.

Références:

JIR du 12 juillet 2006.

Kopp P, Fenoglio P. Le coût social

des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2000.

L'INPES (Institut Nationale de Prévention et d'Education à la Santé) et la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanies) ont publiés en avril dernier un livre d'information complet appelé "Drogues et Dépendances". Cet ouvrage se veut être la suite de l'ouvrage "Savoir plus, risquer moins". Dans la lignée du plan quadriennal de la MILDT 2004-2008, l'accent est mis sur la licéité des substances et le rappel à la Loi, au risque peut-être d'être contre productif notamment dans son objectif de toucher les jeunes...



Site Internet : www.inpes.sante.fr
disponible au CRES à Saint-Paul

Après plusieurs années de soutien actif, la CGSS (Caisse Générale de Sécurité Sociale) de la Réunion a décidé de se désengager du financement de la FRAR. Cette contribution permettait notamment de financer en partie la publication du BRA ainsi que les journées "Tables Rondes".

La FRAR remercie Madame Reine-Claude LAGACHERIE pour le soutien actif et les conseils apportés pendant toutes ces années.

Les ventes de piles-plates sont en chute-libre, en raison de la baisse du titre alcoolique de 49 à 40° sans modification du tarif ! A l'inverse, la vente au litre du rhum charette toujours à 49° est en pleine ascension. Les consommateurs préfèrent se mettre à plusieurs pour acheter un litre plutôt que d'acheter une pile-plate...

Il semblerait que le ministre de la Santé Xavier Bertrand envisage de manière très sérieuse le remboursement des aides au sevrage tabagique. Voici donc une très bonne nouvelle, reste à voir dans quelles conditions elle s'appliquera.

Le soin et la prévention en Addictologie : deux champs qui n'ont pas le même objet par Jean-François FERRE, Service d'Addictologie GHSR.

L'appel à la prévention révèle souvent notre désarroi face aux situations présentes. Ah, si on avait pu prévenir ! Qui n'a pas pensé sincèrement au moins une fois que la solution véritable, absolue était dans la prévention (Cela m'évoque une autre contre-attitude médicale classique : l'addiction ? c'est un problème social !).

Lorsqu'un phénomène nous échappe, lorsqu'il dérange, il est consensuel de « lutter contre ». Il est ainsi tout à fait évident qu'il faut lutter contre l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie et « bien évidemment » prévenir, retarder, réduire etc...

Dans cette obsession de l'action, les professionnels du soin se retrouvent piégés dans un activisme politique moralisateur qui interdit toute compréhension véritable et entretient des

confusions. Il conviendrait que chacun reste à sa place.

Les acteurs du soin ont vocation à comprendre le phénomène dans sa dimension clinique. Ils ne doivent pas s'interdire le cas échéant d'apporter des éclairages aux décideurs politiques et sociaux mais en aucun cas ils ne peuvent revendiquer une quelconque expertise en prévention sauf à sortir de leur champ propre au risque d'une perte de légitimité.

Car la prévention ne peut être pensée qu'en terme de Santé publique c'est-à-dire en terme politique et social. Elle suppose une approche du phénomène en tant qu'il est général ou social. Du point de vue clinique, la prévention est donc un non sens car la clinique prend acte du phénomène en temps qu'il est individuel.

Ainsi si l'on peut, certes, être à la fois

préventologue et clinicien, on ne peut en aucun cas se revendiquer de la préventologie au nom de la clinique.

Le terme de prévention est malheureusement trop souvent galvaudé. En effet, pour autant que la prévention ait une réalité propre en Addictologie, elle ne se réduit pas à l'information. Elle devrait correspondre à une démarche spécifique et s'appuyer nécessairement sur des protocoles évalués et validés sur des critères pertinents pour une population donnée (qui peut être l'ensemble de la population ou des sous-populations). Il va alors de soi qu'un professionnel seul (ni même une association de professionnels) ne peut décréter qu'il va faire de la prévention sans cette caution scientifique qui le dépasse largement. Ainsi, et à l'inverse de Monsieur Jourdain, qui croit faire de la prévention fait de l'information.

Quand on est malade de l'alcool, on est malade de la vie. D'abord, on n'est plus le même physiquement. On a perdu la souplesse de la santé, on ne décide plus vraiment de ce qu'on fait : on ne peut que subir le malaise de son corps. On devient une sorte d'esclave. Soudain, ce n'est plus le même qui décide : C'est l'alcool qui a tout pris en main ! C'est souvent la décrépitude physique qui nous révèle la maladie alcoolique : je me déginguais chaque jour davantage, mais tant que j'ai pu le cacher, ça allait... Quand ça c'est vu, ou plutôt quand j'ai vu le regard qu'on portait sur moi, là j'ai compris que j'étais pris, que la limite était atteinte. Car c'est la différence avec les autres qui fait de vous un malade.

On progresse dans l'alcool en se donnant toutes les bonnes raisons de boire. Et puis soudain, on sent qu'on est impuissant, physiquement et moralement : on est pris dans un engrenage : on ne sait pas encore qu'on est devenu alcoolo-dépendant, on n'a pas voulu croire que, peu à peu, on s'installait dans la maladie. Guérir, ensuite ? C'est en fait récupérer un équilibre, reprendre la vie là où on l'avait laissée.

Je ne bois plus « immodérément ». J'arrive à contrôler ce besoin, car on parle aujourd'hui beaucoup plus de besoin que de plaisir - mais je sais qu'il m'est impossible, comme pour la nicotine, de me passer de cet apport quotidien de l'alcool.... Alors, j'essaie de la gérer au mieux, avec comme la cigarette, des périodes « avec » et des périodes « sans ». Mais soyons clairs et honnêtes, même si le plaisir

subsiste dans le goût d'un bon bordeaux ou d'une bonne bière, ma relation avec l'alcool se résume aujourd'hui à un combat quotidien pour savoir qui sera le plus fort : Le besoin ou la raison.

Pour essayer de répondre à la question posée, je dirais que je recherche toujours la même chose dans l'alcool depuis toutes ces années : un besoin d'évasion, un sentiment de liberté, une impression de créativité, de liberté... mais que cette recherche se résume finalement à une guerre d'embuscade entre lui et moi : j'arrive pour le moment à le tenir suffisamment éloigné pour qu'il ne me fasse pas trop de mal, mais je sais aussi qu'à la moindre défaillance, il me retrouvera toujours....

Quand on réfléchit à ce qu'on recherche dans l'alcool et qu'on continue à boire, on se trouve toujours des tas de raisons. Plus on réfléchit, plus on n'analyse et plus on se croit lucide. D'autant plus, d'ailleurs, que l'alcool nous trompe en aiguisant une fausse lucidité.



Toulouse-Lautrec, portrait de Suzanne Valadon

Du coup, on peut avec aisance parler de soi, disserter, aller même jusqu'à se dépeindre sous un mauvais jour, et on s'installe dans une sorte de complaisance : on se regarde en train de boire, on s'écoute en parler... En fait, on gère avec « intelligence » sa boisson, autant de masques pour ne

pas reconnaître une vérité plus simple : on est devenu dépendant et on a beau y réfléchir, on continue à boire.

Moi, je ne sais pas ce que je recherche dans l'alcool. D'ailleurs je ne sais pas si je recherche quelque chose de précis, je ne me suis jamais posé la question, ni avant de boire, ni après, encore moins pendant !

La question n'est pas de savoir pourquoi on a commencé à boire, mais plutôt pourquoi on a continué.

Pour certains malades découvrir, le pourquoi de son alcoolisation peut-être bénéfique pour se remettre en question. Refaire le chemin en sens inverse pour comprendre.

Mais connaître le pourquoi est-il si important ? Pour le malade pris dans la tourmente de l'alcool, la question qu'il se pose, est comment je m'en sors ?

Car connaître le pourquoi, peut-il être aussi une raison nouvelle de se plaindre, de se dire ce n'est pas de nia faute, si je bois et par ce fait d'esprit, redonner un sens à sa consommation en se disculpant.

Je crois que c'est difficile de savoir ce qu'on recherche dans l'alcool pendant qu'on boit : l'alcool est vraiment un magicien qui vous trompe en prouvant une fausse clairvoyance. C'est après s'en être sorti, ou peut-être pendant une période d'accalmie, qu'on peut s'en rendre compte.

L'alcool nous empêche de voir objectivement notre comportement : au début, j'avais parfois un peu peur des troubles que l'alcool me causait ; un jour, je me suis rendu compte que j'avais surtout peur de ne pas pouvoir boire !

Y-a-t-il seulement quelque chose à trouver dans l'alcool ? Moi, je n'ai rien trouvé.

Il arrive un moment où l'on ne cherche plus quelque chose dans l'alcool, car c'est lui qui nous a trouvé.

Je ne sais pas si je cherchais quelque chose, je veux dire en réfléchissant de façon consciente, mais je crois que j'y trouvais des trucs, que l'état où cela me mettait, c'était cela que je voulais. Je ne cherchais rien de bien précis, peut-être seulement une sorte de détente, de bien être. Mais, cela n'a pas duré longtemps : Très vite, c'est devenu un besoin. La détente, la gaieté pompette, la fête, cela devenait juste de bonnes excuses pour boire.

Un beau jour, on ne se demande plus comment l'alcool va modifier notre comportement, mais plutôt comment notre comportement risque de modifier notre consommation d'alcool.

C'est vrai que l'alcool nous met dans des états seconds, et on croit qu'on devient génial, qu'on s'élève, qu'on plane. Mais c'est comme la drogue : Le plaisir dure de moins en moins longtemps et on retombe de haut.

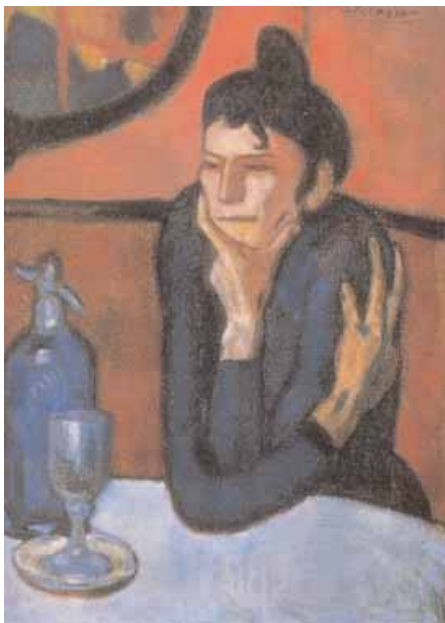
Peut-être qu'au début on cherche quelque chose dans l'alcool, mais très vite, ce qu'on cherche surtout, c'est de quoi boire.

Ma plus grande souffrance, c'était de voir que je me dégradais et que pourtant, je ne pouvais pas m'arrêter. Tout se mélangeait : le péché, la honte, la peur, je n'avais plus aucun contrôle sur moi, même mes pensées ne tenaient plus au cerveau.

Malade de la vie.

Les malades de l'alcool sont avant tout des malades de la vie, qui finissent par vivre dans un monde à part. Le malade alcoolique vit dans un

monde à part. C'est en fait un véritable monstre pour les autres. Il vit une sorte de rêve éveillé, très théâtral, dont il ne maîtrise rien : il est porté par cette image qu'on lui renvoie de lui-même et dont il ne peut plus se défaire.



Picasso - Amant de l'absinthe, 1901

C'est un être asocial, même si par certains aspects de son comportement, il semble exagérément social. Il sait bien qu'il n'a plus de dialogue réel avec la société : Elle le juge, l'accable, mais ne lui propose aucune solution pour s'en sortir. Il est seul, ou plutôt, non ! il a l'alcool pour lutter, pour sa sécurité...

Le recours à l'alcool paraît souvent être la seule issue à un problème de type psychologique. On utilise l'alcool pour ses vertus psychotropes, anesthésiantes. C'est vrai que l'alcool peut faire oublier nombre de conflits, cacher des troubles de la personnalité ou du comportement.

L'alcool sert de masque, il fait taire en soi ce qu'on ne veut pas y voir, en tout cas ce qu'on ne veut pas montrer. Il donne une autre image de soi, l'impression d'être un autre, étouffe l'angoisse qu'on a d'être soi-même.

En s'alcoolisant, on se permet de pouvoir jouer un rôle, qui finit par dévorer l'acteur lui-même et détruire en lui sa vraie nature. En fait ce rôle, ne serait-ce pas celui dans lequel on a toujours voulu nous voir, mais que, sans alcool, on ne pouvait pas jouer ?

Ce qui est réellement dramatique, c'est qu'à force de tenir le rôle, on devient l'esclave, et pourtant, le succès ne vient pas. Devenu alcoolique, on se fatigue, on s'épuise à être un autre pour se faire aimer comme on voudrait l'être.

L'alcool est un lubrifiant social, du moins au début, car il deviendra une prison qui isole l'alcoolique du monde. Mais tant qu'on n'a pas de problème, on se dit qu'un petit verre ne peut pas faire de mal ! D'ailleurs la société encourage la consommation d'alcool en en faisant un ciment indispensable à la vie en commun, la référence d'un bonheur commun.

Etre comme les autres devient un but à atteindre, surtout pour les défavorisés de toutes sortes, ceux qui, justement, ne sont pas comme les autres. Quand on a bu de l'alcool, on se sent mieux, on est plus chaleureux, on se tourne plus facilement vers les autres, on sent sa timidité s'estomper et on a l'impression que Ton est enfin drôle, intelligent, brillant. Les autres semblent plus proches, plus ouverts. On se sent soudain reconnu, apprécié, aimé. Peu à peu, sans qu'on s'en rende compte, l'alcool devient le complément indispensable de cette nouvelle sociabilité.

On ne se méfie pas de cet allié dont on se sert comme d'un outil, un moyen magique. On le domine encore, ne l'utilisant qu'en cas de besoin. On ne se rend pas compte que les rapports qu'on a avec lui changent

insidieusement, qu'on le sollicite de plus en plus souvent.... Et puis, un jour, on se retrouve avec un verre a la main, tout seul, sans le prétexte des autres.... Et on boit le verre parce qu'il est devenu un besoin dont on ne peut plus se passer ; C'est désormais l'alcool qui domine.



La communication.

Le malade alcoolique est un malade de la communication ; il vit dans une prison de solitude et dès qu'il essaye de confronter ses idées, ses pensées, avec les autres, c'est le fiasco. Il y a vraiment deux mondes, qui s'imbriquent sans pourtant communiquer : le sien, meurtri et gouverné par l'alcool et celui des autres dont il se sent le rejet, étranger. Car il est bien un étranger, cet alcoolique dont la parole n'a plus de sens pour personne ; sa parole, aliénée par l'alcool, il l'a en fait perdue.

C'est là un drame essentiel de la maladie alcoolique, car la perte de sa propre parole entraîne la perte de sa conscience, de son identité.

Comment ne pas comprendre alors qu'il s'enfonce de plus en plus dans l'alcool, puisqu'il a peu à peu perdu tous les repères, toutes les clefs de la communication avec autrui. Il n'a d'autre échappatoire que son monde à lui, celui où le seul repère, la seule clef est l'alcool.

On dit de lui : Il ne fait aucun effort pour comprendre, il s'enfonce et on

dirait que ça lui fait plaisir.

Mais on ne se rend pas compte que cette notion même de plaisir est différente, de notre point de vue, nous qui avons tendance à le juger, et du sien. Il suffit par exemple de demander aux abstinents de replonger dans leur mémoire pour éclairer cette notion de plaisir. Si certains reconnaissent qu'ils ont au début de leur alcoolisation, eu un certain plaisir à boire, sinon qu'ils ont bu par plaisir, rarissimes sont ceux qui se souviennent de leur alcoolisme profond comme d'une période où le plaisir tenait la moindre place. La plupart liaient directement le fait de boire à une souffrance. (La lune de miel est devenue lune de fiel).

Cet exemple pour montrer à quel point l'alcoolique est un étranger, dont on observe les comportements sans les comprendre. Son seul pont avec la réalité des autres, avec le monde réel, c'est le verre ou la bouteille d'alcool.

Il n'y a plus d'autres valeurs, et ni lui ni sa parole n'ont plus aucune importance.

Ce n'est qu'en retrouvant un sens et une valeur à sa parole, qu'il retrouvera sa propre valeur.



Association ANCRE

19, rue Aristide Briand
97430 LE TAMPON
tél: 0262 59.19.93
mob: 0692 24.17.39

Conclusion.

Il ne faut pas oublier que l'alcool attaque toujours là où on ne l'attend pas. On croit qu'on est en paix, mais soudain il surgit et vous touche là où on est le plus vulnérable.

Dès qu'on se sent un peu mieux, du début de l'abstinence, il faut apprendre à connaître son propre point faible, son seuil de vulnérabilité car c'est de là que viendra le danger, c'est par-là que l'alcool risque d'attaquer.

L'oubli, c'est notre faiblesse à tous. On se croit soudain très fort, tout auréolé de notre belle abstinence. On ne vit qu'en tant qu'abstinents, pour et par l'abstinence. Et on oublie le petit bonhomme qu'on est resté, qu'on est toujours, et qui n'a pas réglé ses autres problèmes. Et justement, c'est peut-être bien lui qui va reboire ce premier verre. On oublie trop vite qui on était, qui on est toujours. L'oubli, voilà le danger.

Nous avons besoin pour ne pas couler à nouveau de donner un nouveau sens à notre vie en nous tournant vers l'extérieur et en sortant de nous même.

J'ai bu parce que j'avais du mal à m'adapter à la vie qui m'était proposée : or je dois pouvoir vivre la vie qui me convient.

L'abstinence vécue à long terme n'est pas un choix facile pour un malade alcoolique, mais c'est la condition sine qua non si on veut vivre.

Moi et l'alcool, c'était un peu comme l'histoire d'un vieux couple, style « je t'aime, moi non plus » avec des disputes et des bouderies, des ruptures même. Mais toujours des retrouvailles.

La consultation de tabacologie: une consultation d'Addictologie - JF FERRE, GHSR

Le point de départ de la consultation est la présence du patient. Mais cette présence nous apparaît, immédiatement, comme paradoxale. En effet, le patient nous dit : « je veux arrêter de fumer du tabac » tandis que sa présence, par elle-même, nous dit : « je ne peux (veux ?) pas arrêter de fumer du tabac ».

Dès lors, que peut-être le sens de cette consultation ? Ne s'agit-il pas d'une demande d'ordre magique qui investit le consultant comme détenteur de la solution qui va pouvoir, par une intervention extérieure, résoudre le problème du patient, « le débarrasser du tabac », « le sevrer », « le motiver » voire « le dégoûter » ? Et quel est ce problème ? Ne résulte-t-il pas du conflit* qui, semble-t-il, anime le patient ? D'un côté, il y a le « sujet » qui vit intensément la nécessité du produit comme facteur de bien-être, d'équilibre, de plaisir, de soutien psychique etc... ; de l'autre, le « sujet » qui rationalise (et il n'est pas le seul) sur le prix excessif du tabac, sur ses méfaits sur la santé, la sienne et pire, celle d'autrui, sur la méchante industrie du tabac (« qui tue »), sur les symptômes physiques etc...

Ce que « voudrait » le patient, ce

serait alors concilier ces deux pôles tout en supprimant le produit. Autrement dit, vivre comme si le produit était là mais sans qu'il soit vraiment là. On conçoit qu'il s'agisse là de quelque chose de difficile voire d'illusoire.

Mais de manière plus fondamentale et plus troublante, ce qui est demandé dans ce « je voudrais arrêter de fumer », ne serait-ce pas : « Je voudrais être autre que ce que je suis » ?



De part sa présence, le consultant ne peut qu'y répondre et, toujours, malgré lui. N'est-il pas spécialiste ?

Comment alors ne pas projeter massivement ses propres désirs, ses propres représentations (fortement marquées par le paradigme médical, par notre formation au sauvetage) ? Comment ne pas prendre le

parti de l'injonction (« le tabac est mauvais pour la santé », « le tabagisme actif tue », certes, mais pire encore, « le tabagisme passif tue aussi ») ?

D'emblée, la notion de paradoxe semble nous orienter vers une piste. Et si le produit n'était qu'un prétexte ? Et s'il s'agissait de se départir d'une centration autour du produit qui, bizarrement, est bien plus souvent le fait du consultant que le fait du consulté ? Est-ce seulement possible ?

Finalement, c'est peut-être en cela que cette consultation est une consultation d'Addictologie. C'est le consultant qui, par la compréhension qu'il a de la présence du patient, par la compréhension de sa demande et éventuellement de son origine, va faire de cette consultation, une consultation d'Addictologie. Cette compréhension est-elle possible si l'on fait impasse sur le paradoxe initial ? A chacun sa réponse.

* Notons au passage que les entretiens dit motivationnels visent précisément à « travailler » ce conflit jusqu'à sa résolution (évidemment du « bon côté »).

Incidence du prix du tabac sur la consommation : les données réunionnaises

par Jean-François FERRE, Service d'Addictologie GHSR.

Durant ces huit dernières années, la Réunion a connu de fortes et brutales variations du prix du tabac et particulièrement des cigarettes.

Le monopole de l'ex-SEITA n'étant pas étendu aux DOM, le prix de vente est fixé par le fabricant ou l'importateur. En 1998, le prix moyen d'un paquet de cigarettes a baissé de 16 F à 10 F (1). Une augmentation des ventes d'environ 14 % a été constatée entre 1997 (936 millions de cigarettes) et 1998 (1062 millions de cigarettes). En 1999, les ventes ont un peu baissé pour se rapprocher des valeurs antérieures à 1997 (1000 millions de cigarettes). On peut raisonnablement imaginer qu'une stabilisation se dessinait sur une valeur intermédiaire.

L'avenir n'a pas pu confirmer cette

tendance (2). En effet, la Loi d'Orientation pour l'Outre-Mer (LOOM) votée en décembre 2000 a donné aux départements d'Outre-mer des pouvoirs importants sur la taxation du tabac (3). Les chiffres pour 2000 ne sont donc pas comparables aux données antérieures en raison d'une anticipation des producteurs de tabac qui ont produit 100 millions de cigarettes supplémentaires au mois de décembre 2000 en prévision de l'augmentation du prix au 1^{er} janvier 2001. A cette date, les prix qui étaient très inférieurs aux prix métropolitains les ont rejoint soit un doublement du 31 décembre 2000 au 1^{er} janvier 2001. Le

Conseil Général avait en effet décidé de fixer l'assiette du droit de consommation sur les tabacs à 100 % du prix de détail soit le maximum autorisé par la LOOM (4).

L'incidence sur les ventes est indiquée au tableau I.

Tableau I : Ventes de cigarettes et évaluation de la proportion de fumeurs parmi les plus de 15 ans.

Années	Production	Importation	Total	% fumeurs >15 ans
1999	832 430	170 212	1 002 642	39,1
2000	1 015 975	174 991	1 190 966	45,1
2001	608 165	207 014	815 179	34,6
2002	592 600	253 116	845 716	35,3

L'incidence sur le tabagisme des réunionnais a été évaluée à l'aide d'une enquête effectuée par un institut de sondage (5). Les précédentes données dataient de 1999. La prévalence du tabagisme parmi les 1000 personnes de 15 à 75 ans interrogées était de 20 % (contre 28 % en 1999). Cette diminution était essentiellement liée à une diminution des fumeurs occasionnels (< 1 cig/j) qui passaient de 15 à 8 %. En proportion, les fumeurs réguliers étaient par conséquent plus nombreux. Par ailleurs, le nombre moyen de cigarettes fumées était en baisse (11/j contre 14/j en 1999).

Il était noté une augmentation du pourcentage de fumeurs ayant essayé d'arrêter (49 % contre 39 % en 1999), une poursuite de l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes (notamment chez les jeunes femmes) et une absence d'évolution de l'âge de la première cigarette.

Par ailleurs, le tableau de bord des addictions (2) publié par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) indiquait une diminution de la part des cigarettes et une augmentation de celle du tabac à rouler dans la consommation totale de tabac (tableau II).

Type de tabac	1999	2003
Cigarettes	97 %	86 %
Tabac à rouler	6 %	9 %
Cigares	4 %	5 %
Pipe	1 %	0,4 %

Tableau II : Evolution en proportion de la consommation des différentes formes de tabac.

Contribuer au BRA

Vous souhaitez publier un article dans le Bulletin Régional des Addictions ?

Adressez vos textes au Dr David METE, secrétaire de la FRAR, Service d'Addictologie, CHD Félix Guyon, Route de Bellepierre 97405 Saint-Denis Cedex ou par email: d-mete@chd-fguyon.fr

Ils seront soumis au comité de rédaction et publiés dans l'un de nos prochains numéros.

Commentaire

Si tant est que ce procédé (sondage) soit valide, l'analyse des résultats tendrait à montrer que l'augmentation considérable et brutale du prix du tabac a resserré la consommation autour des fumeurs réguliers (au moins 1 cig/j) qui ont fumé moins de cigarettes (avec un probable effet d'adaptation de l'inhalation) et se sont reportés vers le tabac à rouler. Au total, le bénéfice en terme de morbidité et de mortalité reste très incertain pour ne pas dire douteux.

Dans le même temps, du fait de la campagne du Conseil Général de gratuité ou d'aide financière pour l'accès aux patchs nicotiniques et de l'augmentation du prix du tabac, les ventes de patchs se sont envolées (tableau III).

Les bénéficiaires de cette politique ont donc été très clairement le Conseil Général par l'augmentation des recettes liées au tabac et les laboratoires pharmaceutiques par l'augmentation des ventes des produits nicotiniques. Les bénéfices pour la Santé publique restent à démontrer.



Années	1996	1997	1999	2000	2001	2002
Nb de boîtes vendues	1466	1800	2500	6000	11 000	12 539

Tableau III : Ventes de patchs nicotiniques (données non exhaustives).



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Comparaison du droit applicable en matière de taxation du paquet de cigarettes entre la métropole et la Réunion. Document du Conseil Général.
- 2 - Tableau de bord sur le tabac à la Réunion. Observatoire Régional de la Santé. Octobre 2003 (disponible sur www.orsrun.net et www.cirdd-reunion.com).
- 3 - Loi d'Orientation pour l'Outre-Mer (LOOM) du 13 décembre 2000.
- 4 - Décision du Conseil Général en date du 15 décembre 2000 de fixer l'assiette du droit de consommation sur les tabacs à la Réunion à 100% du prix de détail de chaque produit déterminé sur l'ensemble du territoire.
- 5 - Baromètre Toxicomanies 2003. Mars 2004. DRASS, Département de la Réunion, CGSS (disponible sur www.cirdd-reunion.com).

Adhérer à la FRAR

Rien de plus simple, il vous suffit de nous faire parvenir vos coordonnées accompagnées d'un chèque de 10 euros.

Avec l'adhésion à la FRAR, c'est la possibilité d'être informé dans le domaine des addictions à la Réunion, de profiter de formations régulières et de qualité, d'échanger et de contribuer au débat.

FRAR, 2 lotissement des oliviers
97435 Saint Gilles les hauts
tél. 02 62 55 84 10

Note importante

Les propos et les opinions tenus dans les articles publiés sont de la responsabilité de leurs auteurs, ils ne reflètent pas l'opinion ou une position officielle de la FRAR et ne sauraient engager sa responsabilité.



Avant tout, il est nécessaire d'avoir une idée globale de la situation socio-économique de La Réunion et de son contexte social particulier pour mieux cerner la population sans domicile fixe accueillie en addictologie et mesurer l'ampleur des difficultés rencontrées par ces derniers dans leur parcours d'insertion.

Le taux de chômage atteint sur l'île les 33,5% en 2005, c'est le taux le plus élevé des DOM TOM mais la DDTE a constaté une baisse de 5,3% cette année. (En Métropole le chômage est de 10%)

-53,6% des réunionnais sont affiliés à la CMU (Couverture Médicale Universelle) d'après les déclarations de la CGSS.
-29% des personnes vivent du RMI.

-Seuls 22% des foyers sont imposables alors que la moyenne nationale dépasse les 50%.

Les logements locatifs sociaux représentent 45% du parc locatif, il est en augmentation de 2,8% (TER 2005/2006)

En 2004, 3523 logements sociaux ont été construits alors qu'il serait nécessaire d'en construire entre 5 000 et 6 000 par an pour répondre aux besoins.

L'hébergement familial se raré-

fie. Le coût des loyers reste élevé ce qui pose un réel problème pour l'obtention d'un logement pour les personnes en situation de précarité.

De plus, les conditions d'accès au logement (caution, assurance, garant, contrat de travail...) restent souvent inaccessibles pour les SDF. Les logements pouvant être attribués sont souvent vétustes et situés dans des quartiers pauvres d'où une insertion sociale difficilement réalisable.

Nous avons parlé de précarité mais qu'est ce que ce terme rassemble?

La précarité, c'est l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes de jouir de leurs droits fondamentaux (logement, travail, santé, éducation, ...). Cette insécurité peut avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Lorsqu'elle se prolonge dans le temps, elle compromet les chances de reconquérir ses droits et responsabilités par soi même dans un avenir prévisible. Il ne s'agit toutefois pas d'un état permanent mais elle correspond davantage à un processus évolutif.

Au final, les individus finissent par se résigner et par valoriser leur nouvelle existence dans la rue. Leur système de normes est définitivement remodelé à l'opposé des anciennes valeurs du monde du travail. Face à la dureté et à l'instabilité de leurs conditions de vie, ils dévoilent des problèmes psychologiques plus lourds et une tendance très marquée à l'alcool et au tabac. Ce sont

des individus en grande détresse face à leur état actuel et passé.

D'après la Boutique Solidarité, structure de jour qui accueille les SDF, 300 SDF ont été recensés sur St Denis, une cinquantaine dans l'ouest et autant dans le sud et dans l'est, soit un peu moins de 500 à La Réunion.

Sur St Denis, la Boutique Solidarité, la Halte dyonisienne (hébergement de 3 jours) et le restaurant de l'amitié de st Jacques accueillent les SDF. Concernant les structures d'hébergement, le Relais Social de Bellepierre, l'Association Réunionnaise d'Entraide aux Libérés, Un Toit Pour Vivre et quelques pensions de famille acceptent un hébergement pour ce type de population.

En addictologie, 35 patients SDF ont été hospitalisés en 2005 pour un sevrage d'alcool, ils représentent 17,2 % du public reçu.

Dans un 1er temps, nous allons vous parler de l'accompagnement social proposé dans le service puis du profil type des SDF reçus ainsi que l'évolution de leur situation pendant et après l'hospitalisation. Enfin nous concluerons par les perspectives à moyen et long terme.

I- L'accompagnement social

La mission générale de l'assistante sociale de l'hôpital est de permettre à la personne hospi-

talisée de vivre au mieux sa situation en cherchant avec elle les moyens de gérer les problèmes liés à cette hospitalisation.

Elle accueille les patients et les rencontre lors d'entretien basé sur l'écoute et le soutien afin d'évaluer la situation, d'être attentive aux besoins de la personne pour, par la suite, établir les actions à entreprendre et réaliser.

Le rôle de l'assistante de service social est aussi d'informer les personnes sur leurs droits et leurs devoirs, des conséquences sociales de la maladie, sur les possibilités d'aide du service social ainsi que leurs limites. Quand les demandes du patient dépassent le champ de compétences, elle peut être amenée à les orienter vers d'autres services qui seront aptes à lui répondre.

Ainsi l'assistante de service social accompagne les personnes dans leurs démarches d'insertion en les rendant acteurs dès que cela lui est possible afin de les conduire à l'autonomie. L'utilisateur est considéré comme acteur à part entière, une force vive et sa participation est la 1^{ère} étape de la socialisation.

En fin d'hospitalisation, elle recueille l'avis de l'équipe médicale afin d'organiser au mieux la sortie du malade et son retour à domicile. Pour les patients orientés vers des centres d'hébergements temporaires, un relais est mis en place afin de garder des liens et de pouvoir continuer le suivi de la personne. Le travail en réseau

intra et extra institutionnel est très important.

Le réseau partenarial permet aux patients de retrouver des repères dans sa vie sociale et de rompre l'isolement.

L'accompagnement social en addictologie comporte un travail relationnel avec l'individu et un travail sur son environnement.

L'assistante sociale prend en compte la dynamique personnelle du patient et l'aide à retrouver sa capacité d'agir. Elle l'amène à prendre conscience de ses difficultés mais aussi de ses possibilités et ressources personnelles.

Dans le travail social auprès des malades alcooliques, il est important d'instaurer une relation de confiance.

L'assistante sociale travaille à partir de ce que la personne se sent capable de faire et la méthode du pas à pas reste plus constructive que les évolutions prématurées.

Plus particulièrement en ce qui concerne les SDF, il est important d'instaurer une réelle relation de confiance. Elle facilite les rapports entre le professionnel et l'utilisateur ainsi que leur prise en charge. En effet, ces personnes étant rejetées par la société, ont du mal à faire confiance aux autres. Or sans celle-ci la prise en charge peut être vouée à l'échec. Ainsi l'écoute et le soutien sont accentués.

II- Les patients SDF rencontrés

Les aspects personnels:

83% des SDF hospitalisés dans le service d'addictologie

sont des hommes avec une moyenne d'âge de 39 ans (de 20 à 59 ans).

17% perçoivent les Assédic
71% le RMI

12% sont sans revenu, la moitié d'entre eux n'ont pas fait valoir leurs droits, les autres ont moins de 25 ans et n'entrent pas dans le dispositif RMI.

Aucun d'entre eux ne vit en couple ou en famille, ¼ est séparé ou divorcé, les autres étant célibataires.



Le parcours institutionnel:

64,7% d'entre eux ont déjà effectué un sevrage dans le service mais seulement 17,6% viennent d'eux mêmes faire une nouvelle demande d'aide. 38% nous sont orientés par le service Porte et 5,8% par les CCAA et autant par l'EPSMR.

Les lieux de vie:

52% des SDF rencontrés vivent et dorment dans la rue, 17% d'entre eux ont un squatt et 11% vivent dans leur voiture. Les autres dorment sous un pont, dans des cages d'escaliers, dans une tribune de stade désaffectée.

Les difficultés rencontrées:

32% d'entre eux ne bénéficient

pas de couverture sociale.
40% d'entre eux ont des problèmes de santé associés à l'alcool (gastro, diabète, psychologique...)

34% d'entre eux vivent dans la rue depuis moins d'un an, 31% depuis 1 à 5 ans, et autant depuis plus de 5 ans.

Seulement 11% d'entre eux ont déjà déposé des dossiers auprès des bailleurs sociaux avant leur hospitalisation.

Le mode d'alcoolisation:

Pour la majorité la consommation d'alcool est quotidienne, il s'agit de vin, de rhum et de bière. En général, les alcoolisations sont massives (environ 4g/l lors des entrées en service porte). 23% d'entre eux mélangent alcool et zamal et 14% alcool et médicaments.

Démarches effectuées pendant l'hospitalisation:

Administratives:

- demandes de CMU:20%
- remise à jour des papiers:20%
- problèmes financiers:17%
- demandes de mise sous curatelle: 8,5%

Contact avec partenaires:

- Boutique solidarité:17%
- Services sociaux:26%
- Famille: 13 %

Demandes de logement:51,4%

- pensions de famille:23%
- AREL:6%
- RSB:6%
- 115:2%
- Dossiers auprès des bailleurs:26%
- Transfert MDO:26%
- Transfert IRD:20%

Situation après l'hospitalisation:

- 51% sont perdus de vue
- 1 est décédée
- 1 est parti en Métropole mais nous

avons toujours des nouvelles
- 25% sont revus en consultation inter service porte
- 14% sont suivis régulièrement dans le service

- 28% déclarent obtenir une solution d'hébergement à la sortie de l'hôpital:
- 16% seraient hébergé par un tiers
- 3% dans une pension de famille
- 6% à l'AREL
- 3% au RSB

Plusieurs mois après et à ce jour, parmi ceux qui sont suivis régulièrement, seuls 5 ont actuellement un solution de logement plus ou moins durable.



On peut noter que les missions de l'AS en addictologie ne sont pas de trouver un logement aux SDF à leur sortie étant donné le peu de temps imparti et que le travail d'affiliation et de remise à jour de l'administratif est essentiel. Le séjour en addictologie doit être un point de départ dans le processus d'insertion de ce public, travail qui doit être poursuivi par d'autres structures plus adaptées à la sortie du CHD. D'où le nécessaire travail en partenariat et en réseau dans la prise en charge des SDF.

Conclusion et perspectives de travail

Aux vues de cette étude, on peut noter les limites de l'Assistante Sociale en milieu hospitalier dans l'accompagnement des personnes alcoolo dépendantes en situation de grande précarité. En effet, le travail en partenariat est essentiel pour accompagner les SDF vers une insertion sociale durable. De plus, ce public ayant été délaissé par la société a beaucoup de difficulté à faire confiance et a souvent peu de ressources internes et familiales pour les aider dans cette dynamique.

La problématique du logement est bien sûr primordiale dans le cadre du maintien de l'abstinence mais l'accès à un logement autonome n'est que l'étape finale d'un long processus. Ainsi, les SDF marginalisés depuis plusieurs années ont besoin de structures de logement intermédiaires avec une prise en charge globale et pluridisciplinaire servant de sas et de relais entre la rue et l'habitat autonome. Ce genre de structure fait cruellement défaut à La Réunion et diminue donc considérablement les chances de réinsertion de ce public.



En matière d'alcoolisme les manifestations cliniques révélatrices sont souvent dues à des complications graves – dont l'alcoolodépendance - de découverte souvent tardives dans l'histoire relationnelle du buveur et de sa boisson. La lutte contre l'alcoolisme – priorité de santé publique - passe nécessairement par la prévention. Le dépistage le plus précocement possible d'un comportement de mésusage apparaît comme une nécessité, encore faut-il avoir les outils pour cela. Ce d'autant que le dépistage se voudrait massif c'est-à-dire à l'échelle d'une population entière. Le recours à des examens biologiques simples, peu coûteux et fiables est possible et d'ailleurs de pratique usuelle pour rechercher des facteurs de risque métaboliques tels que diabète, dyslipémie, goutte. Mais pour ce qui concerne le dépistage du risque d'une consommation d'alcool de tels outils n'existent pas, mais des progrès intéressants se font jour.

Que peut-on dépister en alcoologie ?

Aucun examen ne peut attester d'une dépendance psychologique. Des examens peuvent faire suspecter certaines maladies dues à une consommation nocive d'alcool : excès d'acide urique, de triglycérides, de sucre ou au contraire manque de sucre, baisse du taux de plaquettes dans le sang. D'autres enfin peuvent indiquer une consommation régulière et élevée.

Dépistage d'une consommation régulière et élevée

Les marqueurs anciens : VGM – GGT

Sans entrer dans le détail, l'alcool éthylique perturbe le fonctionnement des métabolismes de la plupart des systèmes organiques. Ces effets vont varier en fonction de la concentration de l'alcool circulant, de la durée et de la répétition de l'exposition.

Depuis longtemps on connaît les effets d'une exposition prolongée de l'alcool sur le volume des globules rouges (VGM), et sur le taux circulant d'une enzyme hépatique : la gamma-glutamyl- transpeptidase (GGT).

On considère qu'il faut consommer au moins 150 grammes d'alcool pur par jour chez l'homme pendant 12 à 16 semaines pour élever le VGM au-delà de la valeur seuil de 100 et qu'il faut consommer au moins 80 grammes d'alcool par jour pendant 4 semaines pour élever le taux sérique de GGT au-delà de sa valeur limite maximale.

Ces examens comportent un risque d'erreur important. Beaucoup de malades alcooliques ne sont pas détectés (ce qui correspond à un défaut de sensibilité de l'examen) et des personnes non alcooliques mais ayant une autre affection peuvent avoir des résultats anormaux pour ces tests (ce que l'on peut appeler un manque de spécificité). Par exemple la grossesse, une maladie hémolytique augmentent le VGM, toutes les maladies hépatiques et la consommation de certains médicaments peuvent élever la GGT et bien d'autres causes.

Bien sûr on peut diminuer de façon importante le risque de ne pas repérer un consommateur abuseur en associant les deux examens mais on augmente d'autant le coût du dépistage. Malgré tout, cela reste insuffisant pour déceler des consommations quotidiennes beaucoup plus basses, la consommation à risque commençant à 30 grammes pour un homme et 20 grammes pour une femme.

Les marqueurs nouveaux : la Carbohydre Deficient Transferrin (CDT) – autres

La CDT ou transferrine désialylée (c'est-à-dire pauvre en acide sialique) appartient à la famille des transferrines, protéines chargées du transport du fer circulant dans l'organisme. On sait que la présence d'alcool dans l'organisme est capable de modifier le métabolisme de ces molécules ce qui se traduit par une augmentation de la CDT au détriment des autres transferrines. Le pourcentage de la CDT va ainsi augmenter au-delà de sa

valeur de base normalement inférieure à 2 % de la masse totale des transferrines. C'est cette propriété qui l'a fait proposer assez récemment comme un test objectif intéressant de surconsommation d'alcool. Il ne faut qu'une consommation quotidienne de 60 grammes d'alcool pendant une semaine pour élever le pourcentage de la CDT. La sensibilité de cet examen est un peu supérieure à celui de la GGT et la spécificité bien meilleure. Cependant le coût de cet examen doit en limiter l'utilisation.

Autres marqueurs

D'autres molécules sont étudiées comme marqueurs potentiels de surconsommation.

Certaines sont issues du métabolisme modifié du tryptophane en présence d'éthanol comme le 5 – Hydroxytryptophol (HTOL), ou du métabolisme combiné de l'éthanol tels que l'Ethylglucuronide (ETG), l'Ethylsulfate, le Phosphatidyl ethanol (PEth) ou le Fatty acid ethyl ester.

De ces molécules on retiendra l'intérêt soulevé par l'ETG dont l'augmentation est absolument spécifique d'une consommation d'alcool éthylique même minime d'un verre par jour, voir moins pendant 3 à 5 jours seulement. Il est présent dans le sang et aussi les urines, les cheveux, la plupart des tissus organiques. Le dosage est déjà commercialisé aux USA.

Comment utiliser les marqueurs biologiques ?

En dehors d'essais cliniques de traitement pharmacologique ou de thérapies comportementales ou dans un intérêt médico-légal, comment utiliser les marqueurs biologiques ?

Plutôt NON s'il s'agit d'un dépistage systématique car ils ne sont pas suffisamment sensibles, y compris la CDT. Par contre ils présentent un réel intérêt pour la recherche d'une consommation élevée récente chez les buveurs sociaux et problématiques dans des situations à haut risque comme durant la grossesse ou comme facteur de risque associé par exemple à un diabète ou une hypertension artérielle. Ils peuvent également conforter le diagnostic clinique avant que ne soit atteint le stade d'al-

coolodépendance.
L'utilisation des marqueurs peut avoir une utilité pour le suivi des malades dans « l'après sevrage » et l'adaptation du traitement : dépistage des réalcoolisations et des rechutes - intérêt de la CDT au cours de ces situations - et même pour certains

auteurs comme élément associé à l'entretien motivationnel.

Mais pour l'alcoolologue, le suivi biologique est-il nécessaire dans sa rencontre singulière avec la personne malade ?

Quelques références :

JB. Daeppen, B. Dor : « Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance ». *Alcoolologie et Addictologie* 2003 ; 25 (45)30S

P. Batel : « Comment évaluer l'accompagnement du sujet alcoolodépendant sevré ? ». *Alcoolologie et Addictologie* 2001 ; 23 : 342-47

B. Christophorov : « Les marqueurs biologiques de l'alcoolisme : du vieux et du nouveau ». *Le courrier des addictions* (2)n°1, mars 2000 : 20-21

	CDT	GGT	VGM
Sensibilité	40 -85 %	34 - 85 %	15 - 69 %
Spécificité	85 - 100 %	11 - 80 %	26 - 91 %
Demi-vie	1 - 2 semaines	2 - 3 semaines	3 mois
Normalisation après sevrage	2 - 4 semaines	2 mois	10 - 12 semaines
Alcoolisation induisant une augmentation	50 - 80 g pendant 1 semaine	80 - 200 g pendant plusieurs semaines	> 80 g pendant plusieurs mois

Tableau récapitulatif des caractéristiques des marqueurs utiles en alcoolologie



Atelier "Rythme et percussions" dans la prise en charge de patients en centre d'Addictologie - Nicolas Greiner, Professeur de sport et musicien, institut Robert Debré.

1) Considérations générales

En dehors de tout aspect musical et culturel, il apparaît évident que l'individu évolue, grandit dans un environnement de rythmes et de sensations sonores internes diverses : rythme cardiaque, fréquence respiratoire, cadence de marche, cycles nyctéméraux, structure du langage avec ses propres prosodies, timbres, nuances...

La nature même est organisée autour de cycles repérables, avec ses rythmes saisonniers, alternances de marées, révolutions de planètes et étoiles, changements de lunes, etc.

Le rythme a naturellement sa raison d'être, le rythme a forcément une signification, sinon du sens...de là à penser que le sens du rythme est inné, il n'y a qu'un pas -cadencé- à franchir avec précaution.

Il est en tous cas possible d'affirmer que des rythmes intérieurs font partie intégrante de l'individu, et que celui-ci est environné de rythmes et pulsations divers. Leur perception en est plus ou moins affinée, développée, valorisée et exploitée sur le plan musical.

Le psychologue-musico-thérapeute

et conteur Emmanuel MASSELOT (« musicothérapie et percussion, revue Percussion », 2004), souligne d'ailleurs que :

« L'hypothèse neurophysiologique (...) est que le sens du rythme aurait son siège dans des structures neurologiques très anciennes, qui résistent mieux à la déstructuration que d'autres structures de l'écorce cérébrale, d'apparition plus récente, plus fragiles, plus vulnérables ».

Cette réflexion vient étayer certaines observations faites auprès d'enfants psychotiques et autistes, lors de séances de percussions. Il a constaté que ce langage des percussions faisait écho à leurs propres rythmes archaïques, en provoquant rires, cris, animation, et actions plus ou moins coordonnées. Selon lui, « ce « sens du rythme » est souvent intact et semble avoir résisté aux processus déstructurants en œuvre dans la pathologie mentale, alors même que les fonctions intellectuelles sont perturbées ou encore ont pratiquement disparu, dans certaines psychoses graves. »

Cependant, si l'origine neurophysio-

logique du sens du rythme peut être avancé, il est évident que des facteurs culturels entrent en compte. Le rythme « musical » suppose de toute façon apprentissage.

Dans le cadre d'une activité thérapeutique incluse dans le programme de soin des patients en alcoolologie, cet apprentissage - ou plus exactement cette exploitation musicale d'une composante individuelle préexistante - peut avoir des impacts intéressants.

Emmanuel MASSELOT précise que

« Les rythmes instinctifs deviennent musicaux et prennent sens, quand ils cessent d'être des phénomènes physiques ou physiologiques et entrent dans le domaine psychologique ».

Le rythme peut effectivement être utilisé à des fins thérapeutiques, en ce sens qu'il met en œuvre des processus et réactions divers et permet l'élaboration d'un mode particulier de communication. C'est ce qu'on peut entendre par « prendre sens ».

Les objectifs des séances « d'atelier rythme » en centre de soin en addictologie, avant d'être purement musicaux, sont surtout d'ordre utilitaires,

thérapeutiques.

En effet, lors de ces séances, l'objectif n'est pas de proposer un apprentissage de techniques percussives en vue de « former » des musiciens percussionnistes.

Pour reprendre finalement une réflexion de E. MASSELOT, concernant le rôle de la musicothérapie :

« Ce n'est pas la musique qui est thérapeutique au sens strict du terme, mais la relation qu'elle permet et le type de communication qu'elle favorise qui seront des facteurs thérapeutiques potentiels ».

Les séances d'atelier - rythme en centre d'alcoologie sont bien envisagées dans cette optique.

Il est possible de dégager et d'énumérer des objectifs à ces séances, ayant valeur thérapeutique.

2) Objectifs attendus

Pour les patients : aspects psychologiques :

- Favoriser la concentration : Même si l'objectif principal n'est pas nécessairement musical, l'harmonie musicale est recherchée, et cela nécessite de se focaliser pendant un temps suffisamment long pour pouvoir atteindre un résultat satisfaisant sur le plan harmonique.
- Favoriser l'écoute : de soi, de l'autre, des joueurs d'une même section, des rythmes complémentaires parfois perturbateurs, du meneur de jeu donnant des codes gestuels et sonores, du groupe dans son ensemble).
- Favoriser l'attention.
- Favoriser la mémoire (ces séances supposent de fait apprentissage, répétition, mémorisation des phrases rythmiques, des phrases de « break », des appels et codes divers, des « questions/réponses »).
- Valoriser chacun à travers la compréhension du rôle-clé de chaque instrumentiste : chacun a un rôle primordial à jouer dans le groupe, quel que soit l'instrument utilisé. Il n'existe en effet pas de hiérarchie dans ce domaine. Le processus de renarcissisation est intéressant dans la mesure où le patient alcoolique a souvent été confronté au rejet, voire l'humiliation de la part de proches, membres de la famille, etc. La confiance en soi peut être réinvestie par ce biais.
- Valorisation individuelle également,

en utilisant les ressources et compétences de base de chacun : le vécu musical peut être exploité, mis en valeur.

- Favoriser la créativité (phases d'improvisation et création de rythmes).
- Aider à la structuration individuelle (notions de régularité, structuration/concrétisation du temps, conscientisation du déroulement du temps, organisation temporelle, respect de la structure musicale, compréhension de codes), à travers les différentes intensités, les alternances rythmes/silences, les décomptes, les durées de sons, les tempos... Il est en effet important que le patient, dont la vie a été souvent rythmée par la prise de produit, réintroduise dans son fonctionnement ces notions structurantes, resocialisantes.
- Prendre du plaisir à la création collective d'un résultat harmonieux, « dansant », écoutable. Ce travail de polyrythmie peut être effectué avec des participants n'ayant pas forcément de connaissances musicales et rythmiques.
- Prendre du plaisir à la phase de restitution/écoute : prise de conscience du rôle primordial de chacun dans la création collective.
- Permettre un autre type de communication, dans ce cas non - verbale, s'exprimant plutôt sur un mode corporel et musical.
- Enfin, tout simplement le plaisir de jouer...

Aspects psychomoteurs :

- Développer une certaine motricité : dissociation des 2 bras, main/pied, etc.
- Développer la coordination, par l'utilisation - à tour de rôle - de différents instruments utilisant des techniques diverses. Les conséquences d'une alcoolisation chronique sur l'équilibre corporel, le tonus musculaire, la gestuelle, la coordination et les capacités motrices en général peuvent être plus ou moins importantes.

Aspects sociaux :

- Favoriser la dynamique de groupe, l'entente et le travail collectif (écoute, respect de l'autre : conditions *sine qua non* pour un résultat harmonieux)
- Respect des codes collectifs (silences, débuts ensemble, écoute)

- Apport culturel à travers l'apprentissage des rythmes, coutumes et musiques brésiliennes, africaines et cubaines (parfois proches de la culture réunionnaise). Les percussions ont une valeur de référence dans l'histoire et la culture réunionnaises. C'est d'ailleurs une activité souvent vécue avec intérêt, même si finalement peu de patients possèdent de réelles compétences musicales. Les ateliers rythmes fournissent entre autre l'occasion de valoriser, d'approfondir et d'exploiter collectivement cet aspect de la culture Créole.
- Rentrer dans une ambiance créative, musicale, voire festive sans avoir recours à l'alcool.

Pour l'encadrant :

Il est important de pouvoir repérer les états du groupe, à travers les observations suivantes:

- Occupation de l'espace sonore, visuel, physique par chacun, au sein du groupe.
- Vérifier la cohésion générale du groupe.
- Observer la place de chacun : monopolisation de l'attention, niveau du volume sonore, choix de l'instrument, décalages rythmiques, respect des silences, décalages sonores, comportements dans l'improvisation, respect de la régularité temporelle, expressions diverses. Ces aspects peuvent mettre en lumière différents niveaux d'appartenance au groupe (intégration, exclusion, appartenance, identification, rejet, retrait, etc.)
- Type de communication.

Ces différents comportements de groupe sont des aspects observables pouvant être révélateurs de traits de personnalité, voire de l'état de santé du patient (mutisme, angoisse, repli, retrait, exubérance, comportement de type hystérique, refus, agressivité, colère, inhibition, blocage, etc.).

Le travail en équipe pluridisciplinaire prend ici tout son sens, permettant une prise en charge globale du patient : les différents comportements peuvent être transmis, comparés avec ceux observés par le personnel soignant, permettant un éclairage varié et complémentaire.

Les retours des patients sur l'activité se font de manière directe, immédiate

tement après la séance, ou bien de façon différée auprès d'autres membres de l'équipe soignante.

Si les ressentis sont exprimés différemment, il ressort fréquemment de ces séances des sentiments liés au plaisir, au bien-être. Certains patients parlent de défoulement, d'expression rendue possible par un autre biais que la parole. D'autres évoquent le plaisir d'avoir pu se retrouver dans un moment créatif et d'harmonie avec les autres.

Enfin, l'observation durant les séances montrent parfois des différences notables de comportement : sourires, rires, expressions de plaisir, mouvements du corps en rythme, esquisses de danse, voix plus affirmée, regard plus soutenu, etc.

Afin de conserver leur caractère structurant, les séances sont habituellement organisées selon une progression définie, dont un exemple - type suit ci-après :

3) Structure des séances

La salle est aménagée au préalable, avant l'arrivée des patients à 9h.

Disposition des chaises en cercle.

Chacun peut être en contact visuel, auditif, avec tout le monde.

Instruments exposés sur chaque chaise, regroupés en 3 sections principales :

- Section des instruments à peaux : caixa, conga, derbouka, djembe, pandeiro, tamborim, bongos, surdo.
- Section des instruments de type « cloches » : agogo, campana, mambo-bell, chacha-bell, claves cubaines, triângulo, guïro-block, tube 2 tons.
- Section des instruments « à graines » : chocalho, ganzé, afoxé, calebasse, reco-reco, caxixi, maracas.

- Autres : cuica, apito, sanza.
- La voix...

Présentation et dénomination des instruments (support : feuille avec légende), et démonstration par l'encadrant, à la demande, pour chacun d'entre eux.

Il semble cependant préférable de laisser chacun découvrir de façon autonome le mode d'utilisation des instruments.



Choix libre de la place et de l'instrument.

Les patients choisissent leur place selon leur goût, leur affinité avec l'instrument.

Présentation de la séance, des objectifs.

Il s'agit ici d'impliquer les patients dans la séance, afin de permettre une création collective.

Explication :

- des codes gestuels (arrêt/poursuite, accélération/décélération, hausse/baisse du volume, annonces des silences, des « breaks », du tempo, du compte de départ, des questions/réponses, etc.)
- des codes rythmiques (appels et

annonces au sifflet, à la cloche, au tamborim, les notions de tempo, de temps, de contre-temps, de mesure et de phrase rythmique et musicale, de rythmes binaires, ternaires, d'introduction sur le temps, de la polyrythmie...)

- des rôles de chacun, des rôles de chaque section, des phrases rythmiques, des rythmes complémentaires.

« Echauffement » :

- Prise de contact avec le groupe.
- Recherche de cohésion rythmique préalable
- Travail sans instrument (palmas, pied, claquements de doigt...)

Thèmes

Les différents thèmes sont divers et variés, et pourront être abordés lors d'un prochain article

Enregistrement

Il est important qu'un tel travail de création musicale soit conservé, « validé » par un enregistrement pouvant servir de référence pour des séances ultérieures.

Restitution/écoute/commentaires

L'écoute est immédiate, permettant de se rendre compte de l'effet collectif, de la mise en place globale, des éventuels décalages, etc.

Analyse collective de séance.

Discussion de groupe: il s'agit principalement de l'expression du ressenti émotionnel de chacun, « à chaud ». Une analyse de la séance est effectuée en groupe, concernant son déroulement, son évolution, les modifications éventuelles à y apporter : chacun peut effectivement proposer de nouveaux éléments, en fonction de sa sensibilité artistique. Cette activité collective, à travers la recherche d'une harmonie commune, semble un élément particulièrement structurant et resocialisant, pour la prise en charge de patients en post-cure de sevrage alcoolique.



“ ZERO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE “

Retenez bien ce logo et cette phrase...

Il s'agit en effet du pictogramme et de la phrase qui devront l'un ou l'autre figurer prochainement sur les boissons alcoolisées.

Pour plus d'informations :

RéuniSAF : <http://www.reunisaf.org>

MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr> (rubrique “actualités”)

**Cette publication est réalisée grâce au soutien
des organismes suivant**



**DÉPARTEMENT
DE LA
Réunion**



**MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ**

DRASS DE LA RÉUNION

**DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES DE LA RÉUNION**