

BULLETIN RÉGIONAL DES ADDICTIONS

N°16
Avril
2007



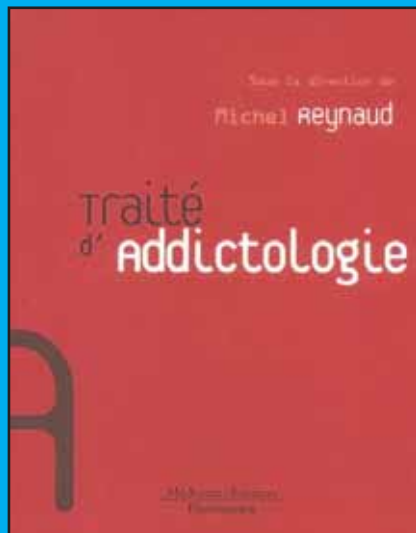
SOMMAIRE :

Actualités des Addictions (Dr D.METE)	Page 2
Editorial (Dr JP.AUBIN)	Page 2
“Jeunes et Addictions” d’après l’intervention du Pr Michel REYNAUD (Dr D.METE)	Page 3
Le sevrage : Quel désordre ! (Dr C.LE GALLIC)	Page 6
Une étude en milieu scolaire à la Réunion (M.BOUVERET)	Page 8
Les jeunes et les addictions à la Réunion : comparaison des données avec la métropole (Dr JP.AUBIN)	Page 10
L’élément aquatique : aspects symboliques et thérapeutiques (N.GREINER)	Page 13

**Fédération Régionale
d’Addictologie de la Réunion**
CHD Félix Guyon - 97405 Saint-Denis Cedex
Directeur de la publication: Dr JP.AUBIN

~ ACTUALITE DES ADDICTIONS ~ par David METE, secrétaire.

Il faut signaler la sortie d'un ouvrage majeur dans le champ qui nous concerne : il s'agit du volumineux **Traité d'Addictologie** coordonné par Michel Reynaud, premier ouvrage d'une telle importance en langue française. C'est un livre exhaustif de 800 pages rédigé par les plus grands spécialistes francophones. A noter que l'ouvrage est disponible dans plusieurs grandes librairies dyonisiennes !



Traité d'Addictologie - Flammarion Médecine Science 2006. 800 pages. 115 euros (prix métropole)

Depuis le premier février, le tabac est interdit dans les lieux publics. Cette mesure était nécessaire par respect pour les 6.000 victimes annuelles du tabagisme passif. Elle est considérée liberticide par un certain nombre de nos concitoyens fumeurs, voir même non fumeurs. Ils oublient que seuls 10 % des fumeurs conservent une relative liberté dans leur "fume", car la réalité c'est que le tabac se classe parmi les substances les plus addictives. Il est par-ailleurs nettement démontré que l'interdiction du tabac est une incitation efficace des fumeurs à l'arrêt. Cette mesure s'accompagne d'un très timide pas vers l'aide au sevrage tabagique puisque l'Etat a décidé de payer un forfait annuel de 50 euros par fumeur pour les traitements nicotiques substitutifs. Si on fait le calcul, cela couvrira environ 3 semaines de traitement. Cela semble bien malséant au regard des 80 % de part fiscale (taxes) sur le prix

du paquet. Pour plus d'informations, un site a été créé :



<http://www.tabac.gouv.fr>

Une nouvelle molécule est disponible dans l'aide au sevrage tabagique depuis le mois de février en métropole : il s'agit du varénicline ou Champix® commercialisé par le laboratoire Pfizer. Ce n'est pas la molécule miracle, mais le premier représentant d'une nouvelle classe thérapeutique agissant sur les récepteurs nicotiques centraux de type $\alpha 4\beta 2$ avec un effet agoniste partiel et antagoniste (un peu comme la buprénorphine dans le cas des opiacés). Il permet de diminuer les symptômes de sevrage ainsi que le renforcement positif induit par le tabac. Les résultats sont intéressants, surtout à court et à moyen terme avec une efficacité qui semble meilleure que le bupropion. Les effets secondaires sont peu importants (essentiellement des nausées), mais il faut s'avérer prudent au regard du nombre restreint de patients traités à ce jour. La durée du traitement est de 12 semaines. La poursuite du traitement pendant 12 semaines supplémentaires paraît améliorer les résultats. Il faut rappeler aux fumeurs que le sevrage tabagique reste difficile même avec le Champix®, et qu'il nécessite un bon niveau motivationnel ainsi qu'un suivi régulier. Reste le prix, fixé librement car non remboursé par l'Assurance Maladie, il faut donc s'attendre à un coût variable d'une pharmacie à l'autre, proche du ZYBAN, soit plus de 120 euros par mois en moyenne. Sur un plan plus scientifique, il faut noter qu'aucune étude publiée n'a comparée la molécule aux dérivés nicotiques. De plus les résultats à 52 semaines ne sont probants que dans une seule étude. Sans ôter l'intérêt de ces éléments préliminaires, d'autres études seront néces-

saies pour s'en faire une idée juste.

Références bibliographiques :

Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:47-55.

Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:56-63.

Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:64-71.

Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD006103.



Editorial

Plan Addiction 2007 – 2011 - du nouveau pour la Réunion ?

En novembre dernier, le gouvernement a fait paraître son plan concernant la prise en charge et la prévention des addictions pour les cinq prochaines années.

Ce plan est proposé comme une réponse globale à un problème majeur de santé publique. Il engage de la part de l'état un effort financier conséquent de 77 ME chaque année pendant cinq ans (à comparer aux 30MKE soit près de 2% du PIB représentant le coût estimé des addictions en France).

Le plan énonce un certain nombre d'actions articulées autour de trois axes :

(suite en page3)

1) Organiser la prise en charge hospitalière, c'est-à-dire « restructurer l'offre de soins et l'organiser de telle façon à placer le patient au centre du dispositif... ».

Il s'agit de créer des consultations d'addictologie, des équipes hospitalières de liaison là où il n'en n'existe pas (à Gabriel Martin et pour le pôle sanitaire de l'Est), ainsi que des services d'addictologie (au moins un pour 500 000 personnes donc un dans le Nord et un autre dans le Sud ce qui en soit n'est pas nouveau) et des pôles d'addictologie dans les CHU (peut être aussi pour les CHR comme à la Réunion ?).

2) « Accompagner la personne ayant une conduite addictive dans un combat quotidien et dans le temps pour apporter une aide médico-sociale adaptée à chaque parcours » :

Création de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) soit autant que de CCAA dans le département, créer des places d'accueil en d'hébergement, chercher à impliquer la Médecine de ville (réseau ville – hôpital).

3) Mobiliser la communauté scientifique et médicale autour de l'addictologie : former les médecins à mieux repérer les conduites addictives, créer une filière d'enseignement en addictologie, donner un enseignement pour les professions paramédicales et les travailleurs sociaux, inscrire l'addictologie dans la formation continue, développer la recherche clinique.

Pour l'essentiel le plan est cohérent avec les besoins identifiés par les acteurs de terrain de l'addictologie. On y trouve des mesures pour lesquelles la FRAR est déjà

engagée telles que la mise en réseau des acteurs, l'organisation de journées de formation (tables rondes addictologiques de la Réunion), la sensibilisation des professionnels de santé par la diffusion du bulletin régional des addictions (BRA) aux médecins et aux pharmaciens de l'île entre autre.

Ce plan c'est surtout la reconnaissance de la spécificité de l'action addictologique et de son importance. Il se donne les moyens de son exécution par la création au niveau national de la commission addiction déclinée en groupes de travail régionaux chargés de la mise en œuvre locale du plan. On est en droit d'attendre des moyens supplémentaires pour le développement des soins en addictologie à la Réunion mais ceux la ne viendront que si les acteurs de terrain manifestent entre eux leur solidarité tout en conservant leur singularité.

Dr Jean-Paul AUBIN,
Président de la FRAR.

Journée "Jeunes et Addictions" d'après l'intervention du Professeur Michel REYNAUD.

Vous avez été nombreux à témoigner de votre intérêt et de votre satisfaction suite à la journée animée par Michel Reynaud. Certains ont regretté que l'ensemble des thèmes prévus n'aient pas tous été abordés. Nous vous prions de nous en excuser, le Professeur Reynaud ayant choisi de réorganiser son intervention en tenant compte de la soirée "Addictions et dépression" qu'il animait quelques jours plus tard et au cours de laquelle il a abordé la question des psychothérapies. Nous vous proposons ci-dessous un résumé de ses différentes intervention lors de la journée du 25 novembre.

Les connaissances récentes sur les addictions permettent de mieux agir dans les domaines de la prévention et du soin. D'une part grâce à une meilleure identification des étapes qui mènent à la dépendance, d'autre part avec l'approfondissement du savoir sur les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent les addictions. Mais aussi, avec une meilleure reconnaissance des facteurs de vulnérabilité individuels et environnementaux. Pendant longtemps, c'est l'approche

par produit qui a prévalu avec des effets néfastes : dispositifs alcool – tabac – toxicomanies cloisonnés, mis à part du dispositif traditionnel de soins, prise en compte unique de la dépendance. D'où l'intérêt d'une approche commune des addictions avec la notion de **pratiques addictives**. La formule peut sembler restrictive, il faudrait sans doute parler plus justement de *pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction* : précision ne rime pas forcément avec concision. Le terme d'**addiction** provient du latin « *addicere* », il s'agit un concept juridique du droit romain maintenu jusqu'au Moyen Age qui désignait la contrainte par corps lorsqu'un débiteur n'avait plus les moyens de payer. Le terme est repris par le monde anglo-saxon et il sert à désigner les toxicomanes. Goodman en 1990 en donne une définition calquée sur l'approche DSM-4. Au-delà des substances psychoactives à potentiel addictif, il concerne un certain nombre de comportements qui répondent à ces critères.

L'importance de la terminologie

Trois types de comportement sont reconnus indépendamment de la substance concernée ; il s'agit : de l'*usage*, de l'*abus* (ou usage nocif) et de la *dépendance*.

L'**usage** n'a rien de pathologique, y compris lorsqu'il concerne une substance illicite. Il existe un usage à

risque qui correspond à une consommation dangereuse en fonction de la quantité consommée (risque quantitatif) ou du contexte de consommation (risque situationnel).

L'**usage nocif** (selon la CIM10) ou **abus** (selon le DSM4) désigne un état réversible. Il existe des complications qui peuvent être somatiques, psychiatriques, sociales, familiales voir juridiques à l'exclusion d'une dépendance.

La **dépendance** : elle est psychique avec le besoin irrépressible de renouveler la prise du produit ou comportement dans le but d'éprouver du plaisir ou d'éviter le déplaisir lié au manque. Le terme anglo-saxon « *craving* » décrit bien cet état. Elle peut être physique, mais pas obligatoirement, avec une nécessité de consommation pour le sujet afin d'éviter les désagréments liés au sevrage. C'est un trouble important et prolongé.

La transition entre ces états s'effectue progressivement, de manière différente d'un individu à l'autre. L'enjeu réside dans la possibilité d'identifier les sujets susceptibles d'évoluer vers la dépendance et de leur proposer une prise en charge adaptée grâce à la reconnaissance d'un certain nombre de facteurs de risque.

Données de la neurobiologie

Elles montrent que, contrairement aux conceptions relevant de l'idéologie et de la morale, l'addiction est une pathologie cérébrale. Un certain nom-

bre de mécanismes sont altérés au niveau du système dit « de récompense », sous-tendu par le système dopaminergique mésocorticolimbique. Il est façonné par les expériences de plaisir et déplaisir au cours de l'existence. La dopamine en est le neuromédiateur clé. Contrairement aux stimuli naturels (alimentation, sexualité...), les drogues entraînent une libération de dopamine plus longue et plus intense. Sur le plan anatomique, des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV ou A10) au niveau du tronc cérébral se projettent via le faisceau médian sur différentes structures :

Le noyau accumbens : impliqué dans la sensation de plaisir ou de déplaisir ;

L'amygdale et l'hippocampe : dans la mémorisation ;

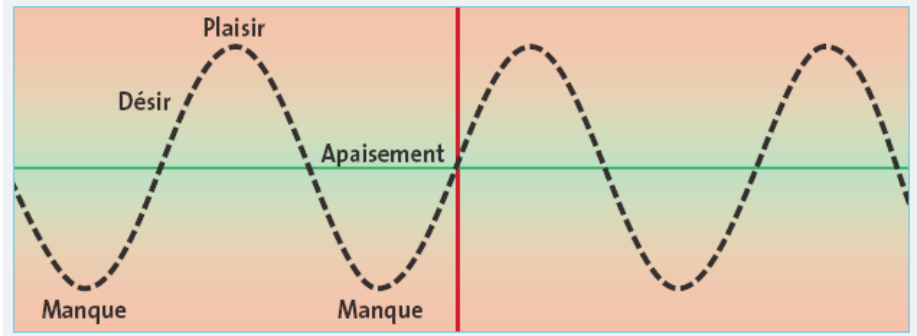
Le cortex cingulaire et orbito-frontal sont impliqués dans l'analyse de l'émotion ;

Le cortex préfrontal : au sommet de la hiérarchie, il est impliqué dans la recherche compulsive de drogues au détriment d'autres activités.

Sur le plan neurochimique, les substances addictives entraînent une hyperdopaminergie. Ces voies dopaminergiques agissent comme un véritable baromètre du plaisir-déplaisir. Les drogues agissent comme autant de leurres pharmacologiques sur des récepteurs qui possèdent leur propre ligand endogène (endorphines, endocannabinoïdes,...). Dans le cerveau addicté, l'équilibre est perturbé avec un déficit du contrôle cortical inhibiteur : le besoin du produit est alors le plus fort. Ce système dopaminergique est modulé par l'axe corticotrope : un excès de corticoïdes entraîne une hypodopaminergie avec perte de l'élan vital comme par-exemple dans des situations de stress chronique.

Ces données sous-tendent la conception classique selon laquelle

LA SINUSOÏDE MANQUE/DÉSIR/PLAISIR/APAISEMENT



les drogues remplacent l'émotion par une sensation.

Sensations, émotions, passions et addictions

Ce qui est nécessaire à la survie s'accompagne d'une récompense : alimentation, sexualité. Le désir et l'anticipation du plaisir (l'appétit dans l'alimentation) augmentent l'intensité de la sensation. La satisfaction est suivie d'une période réfractaire. Ce système est autorégulé avec les sources naturelles de plaisir, ce qui n'est pas le cas avec les drogues.

Un certain nombre de comportements peuvent devenir addictifs, on parle alors d'*addictions comportementales*. Il s'agit du jeu ou des achats pathologiques, de l'anorexie-boulimie ou encore de la sexualité addictive.

La passion amoureuse quant elle devient dévorante, est un bon modèle pour comprendre les addictions. La relation à l'autre peut être une des principales sources de plaisir tout comme de souffrance. Dans ses premiers temps, la passion s'accompagne d'un emballement que rien ne semble pouvoir arrêter. Pendant cette phase, le cerveau « critique » est hypoactif, d'où l'adage selon lequel « *l'amour rend aveugle* ».

De l'expérience du plaisir, naîtra le désir et ensuite le manque. L'envie devient besoin, la souffrance supprime le plaisir.

Il existe une survalorisation de l'objet du désir avec une inefficacité du contrôle cortical. Le besoin est devenu absolu, vital pour l'individu addicté.

Facteurs de risque, de vulnérabilité et de gravité

L'addiction peut se résumer avec l'équation suivante :

$$\text{Addiction} = P \times I \times E$$

P désigne les facteurs de risques liés

au produit consommé ;

I les facteurs individuels de vulnérabilité ;

E les facteurs liés à l'environnement
La connaissance et l'identification de ces facteurs sont capitales tant sur le plan diagnostique que pronostique.

1) Facteurs individuels

- Génétiques : il ne s'agit pas d'un déterminisme mais plutôt d'une vulnérabilité avec par exemple la disponibilité des récepteurs D2 à la dopamine au niveau du noyau accumbens ;

- Biologiques ;

- Psychologiques : traits de personnalités (antisociale, limite, abandonnique), tempérament (recherche de sensations, de nouveautés, faible estime de soi,...etc.), événements de vie (psychotraumas, maltraitance,...);

- Psychiatriques : troubles des conduites, hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles anxieux et de l'humeur principalement.

2) Facteurs environnementaux

- Famille : fonctionnement, liens, style d'éducation, tolérance vis-à-vis des produits ;

- Rôle des pairs (les amis) : il est fondamental dans l'initiation au produit ;

- Sociaux : perte des repères, rupture scolaire ;

- Culturels : usages propres à une société.

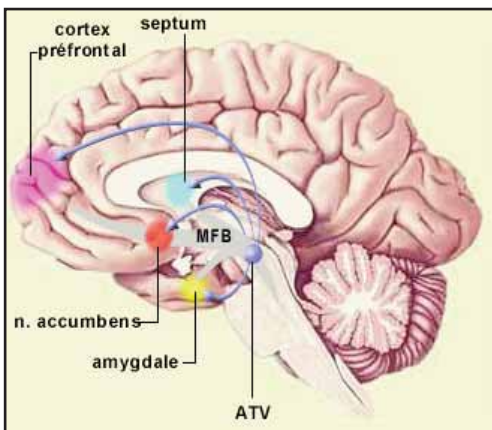
3) Facteurs liés au produit

- potentiel de dépendance : il est le plus fort pour le tabac, l'héroïne et la cocaïne ;

- risque de complication : avec selon la substance des complications qui pourront être somatiques, psychiatriques et sociales.

L'importance des modalités de consommation

Plus *précoce* survient la consommation de substances addictives, plus le risque de dépendance ou d'abus est



élevé. La limite de 16 ans est admise, la nocivité de ces produits s'explique en raison de leurs effets sur un cerveau en plein développement, donc plus sensible. Sur un plan neurobiologique à l'adolescence, les voies dopaminergiques, en particulier au niveau du cortex préfrontal, sont en pleine maturation avec un phénomène de stabilisation synaptique sélective.

La recherche d'un effet *autothérapeutique*, en général anxiolytique ou antidépresseur avec un usage solitaire est un facteur qui doit interpeller.

L'expérience de l'ivresse, chez le sujet jeune, est surtout liée à la recherche d'expériences. Par-contre, la recherche d' *ivresses répétées*, volontiers massives dans un objectif de défonce, la *polyconsommation* sont des signes de gravité qui révèlent souvent une vulnérabilité génétique, des troubles de la personnalité de type sociopathique avec recherche de sensations.

Sur le cannabis

Objet de débats passionnés, le regard idéologique a malheureusement davantage primé sur l'approche scientifique d'où la confusion actuelle. Il convient de ne pas dramatiser sans pour autant banaliser. Nous sommes en France le premier pays consommateur de cannabis avec un doublement de la consommation entre 1990 et 2000. Son usage concerne le jeune adulte, il s'estompe au-delà de 40 ans. Chez l'adolescent, « l'essentiel c'est d'avoir essayé », un usage régulier doit faire rechercher des difficultés personnelles (familiales, scolaires,...). La dépendance concerne 10 % des consommateurs réguliers. Les complications psychiatriques : c'est le classique syndrome amotivationnel, l'augmentation du risque d'éclosion de troubles psychotiques aigus ou chroniques, la possibilité d'accès anxieux et d'épisodes persécutifs. Les complications somatiques doivent être connues, à l'instar du tabac il s'agit des BPCO, des cancers, d'atteintes vasculaires. L'augmentation des fumeurs, en particulier de sexe féminin expose au risque d'embryofoetopathies canna-biques.

Le rôle du cannabis en accidentologie routière est établi, en particulier quant il est associé à l'alcool (données de l'étude SAM).

Elément de grande inquiétude, les réseaux traditionnels de distribution du cannabis en France servent à présent à la distribution de la cocaïne qui se banalise en raison d'une inondation du marché avec un moindre coût.

Sur l'alcool

Au sujet de l'alcool, Michel Reynaud a rappelé l'importance de l'action du lobby viticole contre la loi Evin. Cette Loi a été complètement vidée de son sens à la suite d'une multitude d'amendements déposés par les élus des régions viticoles.

Le professeur Claude GOT dans l'étude SAM a montré que 220 décès par an étaient à mettre sur le compte d'une alcoolémie entre 0 et 0.5 g/l, soit le taux légal. C'est l'association alcool plus cannabis qui s'avère particulièrement dangereuse. Le cannabis seul étant nettement moins dangereux que l'alcool en matière de sécurité routière.

En conclusion

Dans le domaine de la prévention l'approche addictologique globale doit cohabiter avec une approche spécifique par produit.

La connaissance des facteurs de vulnérabilité ainsi que des facteurs de protection, est fondamentale de même que la capacité à repérer le

type d'usage. Elle permet de proposer une prise en charge la plus adaptée au sujet.

(D'après l'intervention et les articles du Pr. Michel REYNAUD)

Références

1. Reynaud M et coll. Traité d'Addictologie - Flammarion Médecine Science 2006.
2. "Du plaisir, encore du plaisir !" Sensations, émotions, passions et addictions ». Synapse 2006 ; n°16 : 16-32. Article disponible sur le site de la revue Synapse. <http://www.medspe.com/site/articles/20061115/article1/memoire228.pdf>
3. Reynaud M. *L'amour est une drogue douce... en général*. Éditions Robert Laffont, Paris, 2005.
4. BRA N° 12 (mars 2005) : dossier



Addiction : Critères de Goodman (1990)

- A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E/ Présence d'au-moins 5 des 9 critères suivants:
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement et de sa préparation
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 4. Temps important consacré à préparer et entreprendre les épisodes ou à s'en remettre
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 6. Activité sociale, professionnelle ou récréative majeure sacrifiée du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

I - INTRODUCTION :

Les objectifs d'un soignant peuvent être :

1/ Limiter les risques au décours d'un sevrage d'une substance susceptible d'entraîner une dépendance physique et psychologique.

Les risques sont directement imputés à un déséquilibre physiologique exprimé par des symptômes cliniques tels les : Tremens, flapping, la sudation, le DT et d'autres symptômes correcteurs de la dépression physiologique entraînée par la consommation excessive et chronique de l'éthanol tels les : HT A, hyperthermie, hyperglycémies, insomnies...

Ce déséquilibre est similaire à une crise somato-psychique propre à un changement représenté par l'instauration et le maintien de l'abstinence.

2/ L'éducation et/ou la rééducation à des rythmes de vie ainsi qu'à l'installation de nouveaux rituels.

II - ALLIANCE A LA LIMITATION DES RISQUES :

1/ Induction à l'abstinence et maintien de l'abstinence :

La première base d'une alliance, ou contrat de soin est après un énoncé d'informations loyales, l'acceptation du soigné et du soignant d'un acte de soin avec consentement des parties, avec importance d'arrêt de consommation du produit concerné par la demande du sevrage.

On évoquera alors la charte des patients avec consentement éclairé au patient.

L'énoncé de cette alliance thérapeutique peut prendre le temps d'un suivi ambulatoire.

Nous ne pouvons pas exclure pour autant une demande en urgence, reflet d'une souffrance, d'une

crise, enjeu de santé somatique, psychique, familiale, sociale.

L'information livrée par le soignant comprend au minimum quatre items :

- L'information sur les risques des consommations.
- L'information sur les risques d'un arrêt de consommation selon les antécédents dont la notion de dépendance physique.
- L'information sur les risques des chimiothérapies et leurs interactions (effets désirables et indésirables).
- L'information aux bénéfices des chimiothérapies.

Ces éléments procèdent de notre rigueur et sont la première étape du changement.

Il apparaît ainsi aux patients le choix de son soin, l'acceptation ou non ; ébauche du changement.

Ce temps est parfois bref pouvant s'inscrire aussi dans les soins d'urgence, brièveté majorée par les peurs que se représente le patient à l'idée de ce changement qu'est l'induction à l'abstinence.

2/ Reconnaissance des problèmes :

La reconnaissance de problèmes, l'identification de ceux-ci, sont angoissant de manière générale et de manière particulière, singulière dans la dynamique des addictions.

Dans un cycle motivationnel, le patient identifie ses problèmes ainsi que les méfaits de son addiction, l'éphémère et pseudo solutions apportées par celle-ci. Mais le patient est confronté à sa contrainte par le corps à consommer. Il arrive avec un souhait d'arrêter ce processus, il est nécessaire de soin, d'aide.

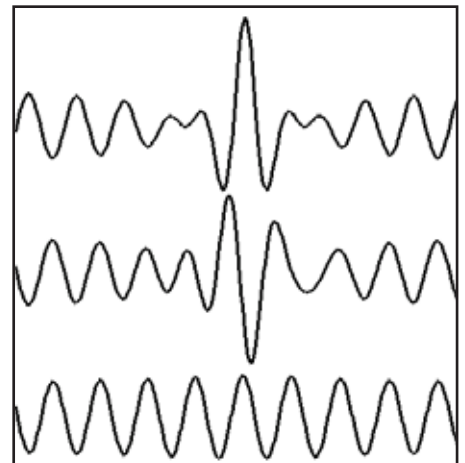
Cette dernière requiert une écoute empathique et une réponse passant par :

- * le travail sur les idées reçues et l'abrogation des pensées magiques (telles : le médicament miracle, la possibilité de tout arranger par la consommation arrêtée, la possibilité de re-consommer en gardant sa

liberté d'abstinence).

* une compréhension de chacune des parties à s'engager sur un temps moyennement long de soin. Se rappelant la digression au propos des idées reçues et magiques que l'on ne guérit pas par un coup de baguette. Il faut du temps afin de maintenir les changements, les valider et aboutir à un nouvel équilibre. Au même titre que l'installation de la dépendance, les phénomènes de tolérances, d'accoutumance, apparaissent au travers d'un itinéraire de consommation (en prenant l'exemple de l'alcool) le toxique devient un organisateur de vie, équilibre d'un état de dépendance.

* une prise en charge globale de la santé du patient selon les critères de l'OMS validés par le traité d'Ottawa ou procédé de pluridisciplinarité.



III - RYTHMES :

1/ Organisation :

La dépendance représente une organisation des rythmes de vie par rapport au produit ou comportement addictif.

C'est l'orientation des besoins fondamentaux aux contraintes de la dépendance.

Apparaissent 3 temps, rythmes :

- trouver le produit
- consommer le produit
- récupérer des effets du produit

Ces séquences sont sous-tendues

par la recherche des effets désirés.

Il est à remarquer que ces suites se succèdent 4 à 6 fois par jour en moyenne, proche de cycles nutritifs de début de vie.

Le dilemme se pose au patient lorsque le comportement dépasse ces effets par les effets négatifs non désirés néfastes à la santé.

C'est l'organisation du concept de la dépendance physique.

C'est la nécessité vitale ou ressentie comme vitale qui se lie au manque au sein d'une neurochimie.

C'est le concept de la dépendance psychologique, organisation d'une croyance, unique ressource à une situation donnée ici et maintenant.

L'aménagement des 3 rythmes s'applique de rituels (ndlr dépendance psychologique).

La personne ferme de plus en plus l'accès à une diversité d'organisateur de vie. Seul un reste privilégié comme ressource à gérer, temporiser les problèmes mettant de côté ses autres capacités.

Seulement temporiser signifie entrer dans le temps de la dépendance, autre dimension associée aux rythmes précités, aux rituels.

Ceci fini par mettre en place une symbolique.

L'organisation unique crée des manques, des angoisses, majorant le mal être, risque de surconsommation. Ces tensions de manque sont bien reconnues par le patient. Il a l'expérience de les assouvir au même titre que les envies psychologiques. C'est d'ailleurs l'origine même des 3 rythmes menant à la dépendance physique et psychologique que sont :

- l'intoxication
- la Tolérance et Accoutumance
- l'abus

origines des 3 temps premièrement cités.

2/ Changements :

Après avoir passé les premiers éléments d'information (I), nous accompagnons le patient dans le changement qu'il a souhaité mettre en place. Cela n'est pas sans difficulté, confronté aux résistances du patient, de son entourage. Hors tout, la première étape est l'arrêt de la consommation et de fait des rythmes de consommation. Cette étape peut être facilitée par une hospitalisation, un environnement différent à celui rencontré alors.



Le patient laisse son appartenance au consommateur au profit de son appartenance à un groupe de patients.

Dans cette dynamique nous réinstaurons des rythmes simples d'alternance diurnes et nocturnes.

Assurance du sommeil et de la veille coïncidant durant le sevrage alcoolique notamment à la réapparition d'une activité onirique avec le retour du sommeil paradoxal incluant la capacité à intégrer les acquis de connaissance apportés, ré apportés.

Dans cette balance jour/nuit le patient complète son activité de temps de restauration au même titre que de temps d'observance thérapeutique s'il en est besoin.

Ce grégairisme peut alors se compliquer de rythmes plus complexes par la participation à des emplois du temps individuels et/ou dépendants

d'un tiers.

Le patient évolue alors dans des rythmes sociaux en dehors de ses contraintes corporelles de la dépendance physique. Il peut mettre en place des réponses différentes à ses envies par la reconnaissance de ses capacités. L'accompagnement thérapeutique soutient la recherche de clés propre au patient ouvrant à d'autres organisateurs de vie.

Le désordre somato-psychique entraîné par le sevrage (changements) évolue alors vers un nouvel équilibre.

Une re-consommation est un nouveau désordre pouvant amener à un retour à un équilibre antérieur de consommation (rechute) ou à un autre état stable.

III - CONCLUSION :

Notre accompagnement au soin d'un patient s'intéresse à sa dynamique globale. Notre aide à la mise en place de rituels différents aux antérieurs mènent à une symbolique communautaire par l'individualisation du patient, peut être finalité d'une emprise à une dépendance. Temps durant lequel le patient peut difficilement s'individualiser de son comportement addictif.



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

L'association RESA présente dans cet article, les résultats d'un important travail réalisé en milieu scolaire chez des élèves de collèges et de lycées. Le recueil est obtenu à partir d'un questionnaire court proposé et analysé ensuite.

Il s'agit d'une étude originale particulièrement intéressante dans une démarche de prévention auprès de sujets jeunes (ndlr)

Synthèse pour les 8 classes de 5e College des deux-CANONS

Connaissances

Une large majorité d'élèves dans les huit classes pense que l'alcool réchauffe.

Pour la quasi-totalité des classes, l'alcool est vendu librement à la « boutique ».

Par contre, la dangerosité de l'alcool en fonction de la consommation, autant pour l'homme que pour la femme, est bien connue (cela peut provenir des campagnes de prévention à la télévision) sauf dans une seule classe (5e H) où neuf élèves ont répondu que l'homme pouvait boire jusqu'à 5 verres !

Comportement

De façon globale, le comportement individuel est très sain aussi bien dans une fête de famille, une sortie entre copains et surtout dans le cas où l'on doit prendre le volant.

La totalité des classes fera appel à l'infirmière si un(e) camarade est saoul(e) au collège. En revanche, si le problème touche les parents, beaucoup s'enferment dans le mutisme ou en parlent à un copain ; néanmoins, une majorité se tournera encore vers l'infirmière.

Synthèse pour les 7 classes de 4e

Connaissances

Le mythe de « l'alcool qui réchauffe » est présent dans la totalité des classes, excepté pour les 20 élèves de la 4e E.

Il en est de même pour la vente d'alcool aux mineurs dans les « boutiques » qui serait tout-à-fait légale. Seules les classes de 4e E, 4e I et 4e F pensent effectivement que cela n'est pas possible.

Une majorité d'élèves pense qu'au-delà de 3 verres, l'alcool est dange-

QCM "L'alcool et moi"

Connaissances : (coche une seule réponse)

1) Quelle consommation d'alcool va présenter un DANGER pour la santé d'un homme adulte (à partir de verres par jour) ?

2 verres 3 verres 4 verres 5 verres

Et pour une femme adulte ?

2 verres 3 verres 4 verres 5 verres

2) L'alcool réchauffe : OUI NON

3) Si je vais à la boutique, je peux acheter de l'alcool :

OUI NON

Comportement : (coche une seule réponse)

1) Mon copain (ma copine) boit de l'alcool :

C'est bien, il (elle) est devenu(e) adulte

Je vais essayer moi aussi

Pas pour moi

2) Mon père (ma mère) prend un dernier verre avant la route :

C'est sans risque, il (elle) a l'habitude

Pas d'alcool au volant

C'est sûr, il (elle) n'a pas dépassé le taux légal maximum d'alcool dans le sang

J'ai peur mais je n'ose rien dire

3) Dans une fête avec des copains (copines) :

Je boirai seulement du jus de fruit

Un peu d'alcool dans mon jus de fruit, on va s'amuser

Je ferai comme mon copain (ma copine)

4) Mon copain (ma copine) est saoul(e) au collège :

Ca passera avec un grand bol d'air

Ca passera avec un grand verre d'eau

Allons voir l'infirmière du collège

5) Mes parents ont un problème avec l'alcool :

Je ne dis rien

J'en parle avec mon copain (ma copine)

J'en parle avec l'infirmière du collège

SONDAGE :

A chaque fête de famille, tu bois un peu d'alcool : OUI NON

La dernière fois que tu as bu de l'alcool, c'était :

Hier

il ya 7 jours

il y a 15 jours

1 mois

6 mois

Jamais

reux même pour les hommes.

Comportement

La plupart des élèves prend ses distances avec l'alcool, principalement quand il s'agit de prendre le volant.

On remarque que dans deux classes (4e A et 4e I) la moitié a touché à l'alcool dans les 6 derniers mois.

En 4e comme en 5e, les élèves font confiance à l'infirmière dans le cas où il y a un problème avec l'alcool au niveau des copains ou même des parents.

Conclusion

Les classes de 4e et de 5e ne présentent pas de grosses différences sur le plan des connaissances et du comportement vis-à-vis de l'alcool.

Synthèse pour les 3 classes Seconde MM1, Première

BCTA, Terminale VAM2

A PROPOS DU QCM « L'alcool et moi »

LYCEE DE DUPARC

Connaissances

Dans les trois classes, les élèves ont une connaissance assez bonne sur les limites de la consommation journalière des hommes et des femmes.

Par contre, les idées reçues (alcool qui réchauffe) ont la vie dure (24 sur 24 en terminale !).

Il semble aussi très facile aux mineurs de se procurer de l'alcool dans les « boutiques ».

Comportement

En général, on redoute l'alcool au

volant ; par contre, dans les trois classes, on va mettre parfois de l'alcool dans le jus de fruits pour s'amuser.

Les élèves sont sensibles à un camarade qui a bu mais si ce sont les parents qui ont un problème avec l'alcool, l'infirmière sera beaucoup moins sollicitée.

A PROPOS DU QCM sur le zamal

Connaissances

Une grande majorité d'élèves a des idées précises sur les « dégâts » que provoque le zamal : modification du fonctionnement du cerveau et apparition de trous de mémoire.

QCM ZAMAL

Connaissances : (coche une seule réponse)

1) En France, peut-on planter du zamal pour notre propre consommation ?

OUI NON

2) La substance active du zamel (le THC) modifie t-elle le fonctionnement électrique du cerveau ?

OUI NON

3) La consommation de zamal provoque des trous de mémoire :

OUI NON

4) Quels sont les autres noms du zamal ? (coche plusieurs réponses)

Cannabis Marijuana Cocaïne Haschich Ecstasy

Comportement :

1) Coche la réponse qui te convient le mieux :

Je consomme cette substance une fois et plus par semaine, peu importe la raison (plaisir, ennui, oublier les problèmes, habitude, etc...)

Je ne consomme pas ou j'ai arrêté complètement de consommer cette substance.

Je consomme cette substance de temps en temps dans les soirées avec des amis pour avoir du plaisir.

Cette substance est devenue le point central de ma vie, je ne pense qu'à cela et tout ce que je fais concerne ma consommation.

2) Si ma consommation de zamal me pose problème :

Je ne dis rien.

J'en parle avec mon copain (ma copine).

J'en parle avec l'infirmière de l'établissement.

autre possibilité



Comportement

Par contre, dans la classe de terminale, 2 élèves reconnaissent leur dépendance au produit.

Le problème du zamal n'est pas abordé aussi librement que celui de l'alcool.

Le copain (ou la copine) peut jouer le rôle de confident, plus rarement l'infirmière.

Association ReSa

(Renaître Sans alcool)
79, Rue Nono Robert
Grande Montée
97438 SAINTE-MARIE
Tél: 02.62.53.86.27
GSM: 06.92.69.61.91

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.

Note importante

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

Coordonnées utiles :

Alcooliques Anonymes - AL ANON

☎0262 41 16 14 (*répondeur*)

Amitié - Sobriété :

☎0692 77 41 68 - 0692 60 62 16 - 0692 20 54 96 - Région Nord

Ancre : ☎0262 59 19 93

123, chemin Isautier
97430 Le Tampon

Bord la Mandoz : ☎0262 32 54 22
ou 0262 55 74 79 -

Rencontres tous les jeudis soir au
Case du Guillaume à 18 h 30

Tchao La Rak : ☎0262 42 96 97 :

La Possession - Le Port 24, rue
Louise Michel - Rivière des Galets

Les jeunes et les addictions à la Réunion : comparaison des données avec la métropole - Dr JP.AUBIN, service d'Addictologie, GHSR

Cet article reprend l'intervention d'ouverture du colloque du 25 novembre 2006 "Les jeunes et les Addictions"

Préambule :

La lutte contre les addictions constitue plus que jamais une priorité en matière de santé publique. L'ensemble des addictions est responsable d'une morbidité et d'une surmortalité considérable à l'origine d'un surcoût social qui devient prohibitif (1).

L'enjeu de la prévention primaire consiste en quelque sorte à modifier l'écosystème addictogène et empêcher ou à tout le moins retarder l'entrée dans un comportement à potentiel addictif. Cela suppose une bonne connaissance des comportements des consommateurs et bien entendu des jeunes.

Afin de bien saisir les enjeux de la prévention, en particulier chez les jeunes à la Réunion, on peut rappeler que l'alcoolisme y constitue un problème de santé publique identifié comme tel depuis la 1^{ère} conférence régionale de santé en 1995. La



Réunion est en tête des régions françaises pour ce qui est des profils à risques et la dépendance à l'alcool. L'alcoolisme est à l'origine d'une surmortalité par psychoses, cirrhose et cancers des voies aérodigestives supérieures. Le syndrome d'alcoolisation fœtal est la première cause de déficit de développement psychomoteur. L'alcoolisme est responsable de 16% des décès prématurés mais ils étaient de 25% supérieurs il y a 20 ans. Cette diminution assez considérable de la mortalité est à rapprocher de la diminution de la consommation d'alcool dans les années 80, mais celle-ci est plutôt stagnante depuis les années 90.

Ce phénomène de décroissance de la consommation d'alcool n'est pas propre à la Réunion. On le constate aussi en métropole où on assiste à une diminution quasi exclusive de la consommation du vin. Quand on regarde l'évolution des ventes d'alcool en métropole la part du vin reste prédominante sans presque d'augmentation de celles des alcools forts ou de la bière. Il en va tout autrement à la Réunion où on assiste à un bouleversement des tendances marquées par un effondrement de la consommation de rhum au profit des bières qui pourrait traduire un rajeunissement des consommateurs. Ce qui n'est pas sans inquiéter.

Dans le parcours chronologique de l'usage d'une substance psychoactive, l'âge de l'initiation aux effets du produit revêt une grande importance. Il est d'expérience commune que d'autant plus précoce est l'initiation, d'autant plus intense et difficile à traiter sera la dépendance. Ce d'autant que l'initiation et l'intégration de l'usage se situent au sortir de l'enfance, à l'adolescence moment de vulnérabilité psychologique, d'éprouvé fait d'angoisse, de mal être et d'expérimentation de soi. Le recours à la prise d'une substance psychoactive, surtout si elle apporte l'apaisement, comporte alors le risque que se

mette en place un processus d'auto-médication (2). Soulagement que le sujet peut aisément assimiler à du plaisir voir même à une certaine idée du bonheur.

Sont identifiés comme facteurs de risque à l'adolescence certains traits de tempérament comme l'hyper-émotivité, l'impulsivité, la recherche de sensation, de nouveauté, le faible évitement du danger, un tempérament dépressif et une faible estime de soi. Certains troubles de la personnalité tels que dépressivité, personnalité évitante avec labilité émotionnelle, certaines maladies mentales à expression précoce telles que la dépression sous toutes ses formes, le syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention (HADA) sont reconnus comme autant de facteurs de risque à l'adolescence favorisant le développement d'une conduite addictive.

Des influences extérieures, positives ou négatives, ne vont pas manquer de s'exercer à cet âge : influence du milieu familial, parents et aussi grand frère, grande sœur, éducateurs, des groupes de jeunes, des copains, la bande et bien sûr l'influence des produits par eux même. Le lien épidémiologique est établi entre la consommation précoce de tabac, de cannabis et d'alcool. On sait qu'il existe une tolérance croisée entre l'alcool et le cannabis. Il est vraisemblable que puisse exister une sensibilisation croisée du cannabis à d'autres substances.

L'analyse des comportements des jeunes avec les drogues à la Réunion est basée sur le résultat de trois enquêtes. Deux ont été réalisées à la Réunion en milieu scolaire (4) et étudiant (5). La troisième a été faite en population jeune en général,

elle est la plus récente (3). Il s'agit de l'enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel à la préparation à la défense (ESCAPAD). L'utilisation d'une méthodologie identique à la Réunion et en métropole autorise la comparaison des données.

En ce qui concerne la consommation d'alcool :

On retrouve la présence d'un sexe ratio prononcé avec prédominance masculine.

L'expérimentation est quasiment généralisée à 18 ans. L'usage est significativement moindre à la Réunion qu'en métropole quelque soit la catégorie d'usage. Les ivresses sont moins nombreuses, moins régulières, l'entrée dans la consommation est un peu plus tardive qu'en métropole.

En ce qui concerne la tendance évolutive de la consommation régulière d'alcool en métropole on constate plutôt un tassement depuis l'année 2000 (donnée manquante pour la Réunion)



Le tabagisme à la Réunion

Tout comme en métropole le tabagisme est pour la Réunion un autre problème majeur de santé publique. La baisse remarquable des ventes de cigarettes au début des années 2000 fait suite à une hausse considérable des taxes de 300% décidée par le Conseil Général. Le tabac est un produit qui demeure encore très masculin plus en métropole qu'à la

Réunion. Un niveau d'expérimentation très élevé est identique pour les deux sexes.

Une expérimentation qui est à peine plus précoce chez les garçons que chez les filles suivi en moins de deux ans d'un usage devenu quotidien. Un usage quotidien moins fréquent qu'en métropole mais qui demeure identique chez les garçons et les filles.

A défaut de résultat de tendance à la Réunion, il est intéressant de constater en métropole une tendance clairement à la baisse de la consommation quotidienne de tabac aussi bien pour les garçons que pour les filles en attendant à terme une diminution de la morbidité et mortalité liées au tabagisme.

Le Cannabis



Il est encore appelé Zamal à la Réunion. C'est un produit très masculin. L'expérimentation concerne un garçon sur deux. Elle est tout aussi précoce qu'en métropole, quasiment au même âge que l'alcool. Il y a moins d'usage qu'en métropole, régulier ou non. Dans les tranches d'âge supérieures on constate parmi les étudiants une tendance à l'augmentation des consommations et en particulier parmi les filles. Dans cette population l'association alcool – Zamal n'est pas rare. Il n'est pas précisé si la consommation associée l'est dans la même occasion dans une recherche accentuée d'ivresse. Cependant cette hypothèse n'est pas déraisonnable.

La tendance en métropole était à l'augmentation de la consommation de cannabis depuis le début des années 90. On peut constater ces

ALCOOL						
%	Réunion			Métropole		
	H	F	H/F	H	F	H/F
Expérimentation	90	90		93	92	***
Usage mois	63	56		83***	74***	***
Usage régulier	8	2.7	**	21***	7***	***
Usage quotidien	0.8	0.0		2.2**	0.2	***
Ivresse année	40	24	***	56***	38***	***

TABAC						
%	Réunion			Métropole		
	H	F	H/F	H	F	H/F
Expérimentation	71	71		77*	80**	**
Usage occas.	7	9		6	8	*
Usage quotidien	28	24		43**	42***	
1ère cigarette	13.9	14.4	**	13.5**	13.6*	
Ivresse année	15.4	15.1		15.0*	14.9	*

dernières années une stagnation de la consommation régulière aussi bien chez les garçons que chez les filles.

L'usage détourné de médicaments

Il s'agit d'une utilisation assez marginale, plutôt féminine avec une prévalence particulièrement faible. La consommation est plus faible là aussi qu'en métropole. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons à la Réunion mais des différences par « produit » sont possibles.



Deux médicaments prédominent à la Réunion : le Rivotril© et l'Artane©. Ces médicaments sont en général toujours pris en association avec l'alcool et le zama. Cette pratique est appelée alors « trithérapie » par les utilisateurs. Les enquêtes auprès des jeunes scolarisés réunionnais s'étaient intéressées aux motivations pour la prise de produits. Inévitablement on retrouve le trio : curiosité, évasion, plaisir. L'influence des pairs n'est pas négligeable. La recherche d'ivresse est le fait des plus âgés ainsi que l'effet calmant – antistress peut être – La provocation est le fait des plus jeunes.

En conclusion :

Chez les jeunes réunionnais à l'exception de l'alcool et des médicaments l'expérimentation de substances psychoactives est moins fréquente qu'en métropole. Sauf pour celui

des médicaments l'usage est également moindre à la Réunion. A l'exception du tabac l'usage est moins répandu chez les filles.

Connaître les attitudes et les comportements des populations et en particulier ceux des jeunes à l'égard des addictions devrait permettre de mieux cibler les actions de prévention. En suivre l'évolution devrait aussi permettre d'en mesurer l'impact – efficacité, pertinence – de les adapter au mieux et à terme de réaliser un bon investissement. Il convient de continuer à réaliser des enquêtes auprès des jeunes – ESCAPAD, TREND – afin de déceler de nouvelles conduites addictives y compris celles sans produit.



Références :

1. Pierre KOPP, Philippe FENOGLIO : Le coût social des drogues licites (alcool / tabac) et illicites en France. OFDT Septembre 2000 étude n°22
2. G. Lagrue et coll : développement des addictions chez l'adolescent. Rôle de la vulnérabilité psychologique. *Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (1) : 47- 51
3. ESCAPAD 2002 / 2003 : « exploitation régionale des consommations de produits psychoactifs des jeunes français »
4. « Tabac-Alcool-Drogues » Enquête épidémiologique auprès des élèves de quatrième, seconde et terminale. 1996-1997
5. « Tabac-Alcool-Drogues » Enquête épidémiologique auprès des étudiants de l'université de la Réunion. 1999

MOTIVATION POUR LA PRISE DE DROGUE				
%	Secondaire		Etudiants	
	H	F	H	F
Curiosité	60	62	58	75
Evasion	39	40	56	48
Plaisir	46	37	70	49
Faire comme	17	21	18	9
Ivresse	14	15	38	22
Calmant		19	25	14
Provocation	12			

CANNABIS						
%	Réunion			Métropole		
	H	F	H/F	H	F	H/F
Expérimentation	52	29	***	59**	52**	***
Usage occas.	41	17	***	51***	41***	***
Usage pdt 1 mois	31	11	***	41**	27***	***
Usage régulier	13	1.8	***	21***	9***	***
Usage quotidien	7	0.8	***	10*	3.4***	***
1er joint (année)	15.4	15.7		15.2	15.3*	**

MEDICAMENTS						
%	Réunion			Métropole		
	H	F	H/F	H	F	H/F
Expérimentation	16	38	***	17	40	***
Usage occas.	13	29	***	12	32	***
Usage pdt 1 mois	6	15	***	6	19*	***
Usage régulier	0.8	2.3		1.3	4.9*	***
Usage quotidien	0.3	1.5		0.9	3.1*	***

L'eau est un milieu particulier, riche sur les plans symbolique, psychologique, affectif, vecteur de sensations et de réactions diverses.

D'un point de vue symbolique, l'immersion peut avoir valeur régénérative, permettant l'accès à une dimension nouvelle: c'est par l'immersion, l'intégration, puis la dissolution dans les eaux que l'on peut s'ouvrir à une nouvelle conscience, une nouvelle création...une nouvelle vie.

De nombreux rites anciens utilisent la valeur initiatique de l'immersion pour accéder au statut d'adulte, ainsi que pour « laver l'individu », à l'instar des baptêmes religieux. Eau bénite, eau sacrée du Gange, eau purificatrice du déluge, eau gardée par *lémanjà*, divinité Afro-brésilienne des eaux et des mers...on retrouve le culte de l'eau dans quasiment toutes les civilisations.

Au-delà des symboles de vie et de renaissance véhiculés, l'eau est un élément vital, indispensable.

Plusieurs secteurs professionnels, touchant des publics différents, utilisent de fait l'élément « eau ». Les activités abordées dans cet élément sont effectivement diverses. Il peut s'agir de disciplines aquatiques codifiées pour l'apprentissage de la natation, d'entraînement sportif pour un public de compétiteurs, de recherche de détente et de bien-être pour personnes âgées, de programmes de remise en forme, etc.

Cadre ludique, dispensateur de bien-être, synonyme d'activité récréative, cadre éducatif, ou cadre plus austère de l'entraînement sportif, ces différents cas de figure ont en commun la recherche d'un développement, ou en tous cas d'un certain épanouissement (passant par le plaisir directement ressenti, ou différé après contrainte de l'entraînement).

Cet élément naturel, aménagé selon des objectifs précis, peut élargir ses domaines d'intervention, et on constate l'utilisation fréquente du milieu aquatique, en tant qu'outil, dans un contexte de soin : ainsi du travail de rééducation fonctionnelle en kinési-

thérapie pour faciliter la mobilité et l'amplitude articulaire, par exemple.

Ou bien encore auprès de personnes à mobilité réduite : l'eau a pour fonction, en diminuant la pesanteur, de permettre au pratiquant de retrouver une certaine autonomie, de développer des capacités motrices nouvelles dans l'eau, voire une certaine confiance en lui.

On peut également citer les pratiques existantes en cures thermales ou en centres de thalassothérapie.

Sans entrer plus en avant dans l'énumération des pathologies, troubles mentaux et déficiences motrices concernées, on conçoit l'importance du milieu aquatique en tant que moyen de restructuration et de développement.

Concernant la problématique de la dépendance alcoolique, l'utilisation d'activités aquatiques dans la prise en charge globale du patient semble être un outil intéressant.



L'ACTIVITE AQUATIQUE EN TANT QU'OUTIL THERAPEUTIQUE

Ce type d'activité, en centre de soin en alcoologie, s'écarte des modèles traditionnels tels qu'on peut les observer en milieu scolaire, sportif ou de loisir.

Dans ce cadre spécifique, les objectifs ne sont pas seulement éducatifs (solliciter les capacités adaptatives des pratiquants), utilitaires (apprendre à nager, pour être autonome, pour ne pas se noyer, etc.), ou culturels (rentrer dans un schéma sportif de référence), mais se veulent thérapeutiques, c'est-à-dire rentrant dans le cadre d'un programme de soin.

Ainsi, différents objectifs thérapeutiques peuvent être proposés, dans la prise en charge des patients en post-

cure de sevrage alcoolique.

OBJECTIFS ET AXES DE TRAVAIL

Objectifs liés à la confiance en soi
Valoriser l'individu, privilégier la notion de plaisir, permettre une réappropriation des sensations et des capacités motrices sont des objectifs intermédiaires.

On peut aisément imaginer que le patient alcoolique, rejeté par ses proches, sa famille et par la société en général, ayant vécu différentes formes d'humiliation, conscient de ses pertes de repères et de ses possibilités motrices, souffre de manque de confiance en lui. Dans cet objectif, le travail aquatique sera orienté autour des aspects suivants :

- Proposer des tâches de coopération/entraide, à travers des exercices à deux de guidage, remorquage, sauvetage, permettant à tour de rôle de se sentir aidant et guidé, dans une relation de confiance mutuelle.
- Découverte d'une aisance dans le milieu aquatique, par l'apprentissage de techniques spécifiques, permettant de réinvestir un nouveau savoir-faire après le séjour.
- Elargissement du champ d'action, sur les plans moteur, puis intellectuel et/ou affectif.
- Affirmation de soi, au fur et à mesure de l'acquisition d'une aisance et d'une autonomie dans l'eau.
- Découverte de soi et de ses possibilités, parfois insoupçonnées. Il est important, dans cette optique, d'éviter de proposer des activités et exercices risquant de mettre les patients en situation d'échec, d'infériorité, de honte ou d'angoisse.
- Au sein même de l'activité, permettre la prise de conscience du « plaisir de l'effort » : la progression, l'évolution, l'aisance, peuvent être ressentis au terme d'un certain travail ou apprentissage. On retrouve là également la notion de fierté de la réussite après un effort positif.

Objectifs liés à la communication, l'expression :

Il semble important d'une part que le

patient dépendant alcoolique en phase de sevrage et d'abstinence, puisse exprimer divers ressentis et émotions sans avoir recours à un produit déshinibiteur tel que l'alcool. D'autre part, les difficultés inhérentes à cette phase devraient pouvoir être exprimées et écoutées. L'activité aquatique peut se révéler un outil facilitant à cet égard. Dans cette optique, elle permettra de :

- Proposer un retour systématique sur les séances effectuées, afin de réajuster les thèmes et exercices, en fonction des attentes et du ressenti verbalisés.
- Faire découvrir une aisance motrice, engendrant une aisance verbale ; le corps peut servir de médiateur pour permettre l'émergence de processus de communication.
- Créer un contexte facilitant la communication (patient/soignant, patients/patients), favorisée par la structure en mini groupe, dans une ambiance conviviale et à travers une activité pouvant être ludique.
- Profiter de ce contexte privilégié pour amener le patient à exprimer ses divers ressentis liés à l'activité ou non (douleurs, souffrances, plaisirs, envies, souhaits, projets, peurs, blocages, etc.) de manière individuelle ou collective.

Objectifs liés à la notion de plaisir

Le corps du patient alcoolique a vraisemblablement souffert, a subi une « anesthésie des sensations » pendant un temps relativement long, a peu à peu perdu toute notion de rapport harmonieux et de plaisir. L'activité aquatique (pratiquée à fortiori dans un milieu naturel exceptionnel tel que le lagon de l'Hermitage) peut permettre la redécouverte d'aspects agréables, et du confort corporel. Les axes de travail sont les suivants :

- Rechercher un certain plaisir : plaisir directement ressenti grâce au simple contact avec le milieu naturel et la détente procurée par l'eau, ou plaisir différé (satisfaction de découvrir de nouvelles capacités motrices, de sentir une progression après une phase contraignante, découvrir par le « lâcher prise » la notion de flottaison en toute sécurité, etc.).
- Découvrir le plaisir de la sensation de glisse.

- Absence de critères de réussite en terme de performance: seuls le bien-être et la sensation agréable sont recherchés.
- Privilégier les aspects ludiques, les activités de jeux aquatiques avec ballon, relais, exercices subaquatiques, l'utilisation de matériel.
- Découvrir et apprécier la beauté du site (récif corallien, poissons tropicaux, plage...)
- Privilégier le moment présent, concentré dans l'activité, « ici et maintenant ».

Objectifs liés aux aspects de socialisation :

L'absence de cadre structurant et d'activités sociales et/ou culturelles régulières caractérisent fréquemment la vie du patient alcoolique, généralement rythmée par la prise de produits. Il paraît intéressant de lui proposer une activité structurée, favorisant de fait la resocialisation :

- Respect du contrat de soins : les patients s'engagent, dans le cadre du programme thérapeutique, à respecter les horaires, les consignes de sécurité, les personnes présentes et le milieu naturel, et à participer activement à l'activité proposée.
- Proposer un cadre structurant : les jours, horaires, lieux de pratique et l'intervenant sont identiques. Il s'agit là de repères temporels et spatiaux, permettant d'aider les patients à planifier leurs journées, à organiser leur temps libre, à retrouver une dynamique sociale.
- L'activité elle-même est constituée en différentes phases, rituels, et progressions, qui sont autant de facteurs structurants et porteurs de repères : phase d'échauffement, corps de séance avec progression spécifique, étirements, retour au calme, collation, retour à heures fixes.

Objectifs liés à la restructuration corporelle :

Carence de sensations et perceptions, rigidification musculaire et articulaire, moindre tonus musculaire et équilibre postural... Sans atteindre la gravité des symptômes psychotiques (sensation de morcellement corporel, troubles de la perception analytique et/ou globale de soi et de son propre corps, aspects délirants, hallucina-

tions, dépersonnalisation, troubles de l'affect, etc.), il est néanmoins primordial de prendre en compte ces troubles corporels, à travers les objectifs suivants :

- Rechercher le « lâcher prise », par un travail d'équilibre, de flottaison avec ou sans matériel, de respiration spécifique, de recherche d'appuis aquatiques et de différents modes de propulsion.
- Reconnaissance de son propre corps et de ses capacités, par une prise de conscience d'une motricité/propulsion particulière, d'un équilibre particulier (horizontal/vertical, dans tous les plans de l'espace, en quasi apesanteur).
- Perception analytique (par décomposition de mouvements des membres supérieurs et inférieurs, par un travail de coordination bras/jambes, etc.) et globale du corps (par un travail de recherche de sensation de propulsion, de relaxation en situation de flottaison, etc.).
- Réappropriation de son schéma corporel (sensations d'appuis aquatiques, retours aériens de bras, recherche de sensation et de perception de son corps dans l'élément avec les yeux fermés/ouverts, recherche de différents types de propulsion, etc.).

Objectifs physiologiques :

Si les impacts sur les plans cardiovasculaire et musculaire sont limités, compte tenu de la fréquence des séances (1 à 2 fois par semaine à raison de 2 à 8 séances pour tout le séjour à l'institut), ils sont cependant existants, puisqu'ils mettent en jeu différents processus bioénergétiques (principalement la capacité aérobie). D'autre part, il est important de souligner que ces séances peuvent représenter le point de départ d'une pratique ultérieure plus régulière dans la durée. D'une manière générale, le travail se donne pour objectif d'influer sur certains fondamentaux de la condition physique générale : endurance, souplesse, ainsi qu'apprentissage de notions de base d'entraînement et de progression. On peut dans ce cadre parler d'apprentissage (ou de réappropriation) d'une hygiène de vie.

LES THEMES ET EXERCICES PROPOSES

Les contenus des séances peuvent difficilement être préparés à l'avance, en fonction des incertitudes liées au public (différentes personnes à chaque séance). De plus, la progression dans le temps n'est pas toujours réalisable : certaines personnes ne participent qu'à une ou deux séances au cours de leur séjour.

Ainsi, le contenu fait partie d'un «panel» d'exercices et thèmes, adaptables à chaque situation.

Les exercices cités ci-après ne sont pas décrits ni explicités. Ils donnent cependant une idée succincte, non exhaustive, des activités possibles à réaliser en milieu aquatique, autour des trois compétences suivantes : respiration, propulsion, équilibre. La «relaxation» est un aspect supplémentaire pouvant être inclus aux séances.

Respiration

en position ventrale, avec et sans matériel :

- expiration nasale continue et progressive en statique.
- expiration en statique : recherche de l'immersion totale par l'expiration (vider les poumons, expiration plus ou moins lente).
- expiration nasale continue en dynamique (avec battements de jambes et/ou mouvements de bras...).
- expiration bouche et bouche/nez.
- alternance d'apnée et d'expiration.
- inclure la phase inspiratoire en statique,
- puis en mouvement.
- inspiration latérale avec rotation de la tête.
- inspiration lors du passage ventral/dorsal
- dosage/gestion du volume respiratoire en comptant le nombre d'inspiration sur une distance donnée (x répétitions...).
- variante en évaluant la distance effectuée en apnée.
- variante en évaluant la durée d'apnée en mouvement.

en position dorsale, avec et sans matériel :

- en statique, tête hors de l'eau : varier les cycles respiratoires (bouche/nez).
- en mouvement bras et/ou jambes : tête hors de l'eau.
- tête en hyper extension puis immersion : expiration nasale.

Propulsion

recherche d'appuis aquatiques et des différents modes de propulsion :

- avec bras propulseurs de type crawl, dos, ondulatoire, avec mains et jambes désynchronisées, dans diverses positions.).
- bras équilibrateurs (nage en « rat-trapé », avec ressenti des appuis bras devant).
- jambes propulsives (dissociation bras/jambes, type brasse et crawl)
- jambes équilibrateuses (battements lents, absence de battements, utilisation de matériel de flottaison, etc.)
- compter le nombre de cycles de bras sur une distance donnée : diminuer à chaque passage (x



répétitions)

Equilibre

équilibre ventral

- avec matériel
- sans matériel
- différents modes de propulsion associés
- seul ou avec aide d'un partenaire
- recherche de l'immersion par l'expiration

équilibre dorsal

- même chose
- recherche d'une position d'équilibre et de confort bras le long du corps
- recherche d'une position d'équilibre et de confort bras au-dessus de la tête

recherche de l'horizontalité

- propulsion ou non, matériel ou non, etc.
- recherche de l'immersion par l'expiration totale

en boule

- recherche de l'immersion volontaire
- recherche de la flottaison
- recherche du laisser aller
- recherche de l'immersion totale par expiration associée

Relaxation.

C'est une activité généralement pratiquée en salle, sur tapis de sol. Cependant, la détente procurée peut être majorée dans l'élément aquatique, de par la sensation de flottaison, voire d'apesanteur éprouvée: les sensations parfois douloureuses des points de contact au niveau de l'occiput, du sacrum, et des talons en position de décubitus dorsal au sol sont évidemment abolies dans l'eau.

avec matériel flottant (2 « frites » positionnées sous la nuque et la partie postérieure des chevilles) Ecoute des consignes :

- conscientisation/relâchement de chaque partie du corps (4 membres, abdomen, thorax, tête...)
- prise de conscience de la respiration (ventrale, expiration lente et profonde, cycle respiratoire plus lent, etc.)
- prise de conscience du relâchement corporel dans sa globalité
- prise de conscience de sensations diverses : sensations thermiques (froid, frais, chaud...), sensations cutanées (courant, vagues, immersion, ...), sensations kinesthésiques (déplacements, position du corps dans l'élément, pesanteur, flottaison...)
- reprise de mouvement/« réveil »/retour à la réalité
- bilan/expressions des ressentis

avec aide extérieure : même type de relaxation, en incluant le «guidage».

Aspect ludique

- jeux et activités collectives avec ballon : de type « water-polo », la passe à dix, le relais aquatique, le volley-ball, etc.
- jeux collectifs sans ballon : relais, remorquage, « la chaîne » avec « frites ».

Cette publication est réalisée grâce au soutien
des organismes suivants



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**