alcoologie et addictologie

Septembre 2020 LA REVUE T42 N3

Etat des lieux de la recherche sur l'alcool en France : analyse bibliométrique des publications originales entre 2015-2020 relatives à l'alcool en France et à l'international
Mickaël Naassila

#MoisSansTabac 2018 : bilan des actions en Nouvelle-Aquitaine
Nathalie Lajzerowicz

Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie. Préalables scientifiques et méthodologiques
Isabelle Boulze-Launay

Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie
Lan Tien Nguyen

Joueur de poker : prévalence et facteurs prédictifs du jeu d'argent et de hasard excessif
Nassir Messaadi

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP, Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Des recommandations plus détaillées sont disponibles sur le site internet https://sfalcoologie.fr/revue/ . Se référer en outre au Projet éditorial.

Le manuscrit doit être soumis pour une rubrique donnée par l'un de ses auteurs, qui fait parvenir au rédacteur en chef (d/o Manon Balleuil)

Un exemplaire papier, ainsi que la version électronique par courriel a sfa@sfalcoologie.fr

Alcoologie et Addictologie accepte la soumission de manuscrits rédigés en français et en anglais.

PAGE DE TITRE

- Elle doit comporter le titre de l'article (pas plus de huit mots ; éviter les abréviations)
- Les noms (seule l'initiale en capitale), prénom (en toutes lettres), titre,
- Adresse professionnelle et adresse électronique de chacun des auteurs
- Le nom de l'auteur correspondant
- Une déclaration des éventuels liens d'intérêt

RÉSUMÉ et MOTS-CLÉS

Le résumé du manuscrit doit comporter 200 mots. Pour la rubrique Recherche, il doit être structuré en sections distinctes : Contexte, Méthodes, Résultats, Discussion.

Proposer de trois à cinq mots-clés.

Une version anglaise du résumé et des mots-clés peut être proposée à la rédaction.

INTRODUCTION

Il convient de la rédiger de sorte de la rendre accessible à tout lecteur non spécialiste du domaine.

MÊTHODES (rubrique Recherche)

La partie Méthodes doit comporter le protocole de l'étude et le type d'ana lyse statistique utilisé, ainsi que la déclaration du consentement des sujets.

RÉSULTATS (rubrique Recherche)

Les données expérimentales doivent être décrites succinctement mais complètement dans le texte, sans redondance ni différence avec celles des figures et tableaux.

DISCUSSION et CONCLUSION

La discussion des résultats de l'étude et de leur interprétation doit être brève et focalisée sur les données. I convient d'expliquer d'éventuelles autres interprétations et les limites du protocole.

Dans tous les cas, **le manuscrit devra être structuré** à partir de points-clés de la réflexion.

Longueur du texte. La longueur des articles est limitée à 4 000 mots pour les Recherches et les Mises au point. Les Regards critiques, Pratiques cliniques et autres textes ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Abréviations. Recourir le moins possible aux abréviations. Les définir lors de leur première utilisation dans le texte.

Co-auteurs. Afin de mentionner correctement l'apport de chaque auteur à l'article. Il convient de préciser la contribution de chacun d'entre eux.

Remerciements. Il convient de remercier toute personne ayant contribué de manière substantielle à 'article sans pour autant pouvoir être considérée comme un co-auteur.

Notes de bas de page. Elles ne sont pas autorisées.

RÉFÉRENCES

Prière de les limiter à 50 (voire 100 pour les Revues systématiques uniquement).

Elles sont numérotées dans l'ordre de leur apparition dans le texte, sans mise en forme automatique, et figurent sur pages séparées après le texte.

Tout lien Internet et adresse URL, y compris vers les propres sites des auteurs, doit figurer dans la liste des références avec un numéro et non dans le corps du texte du manuscrit. Pour répondre aux exigences nécessaires à l'indexation d'Alcoologie et Addictologie dans les bases de données internationales, nous avons adopté les Normes éditoriales de Vancouver (http://www.nm.nih.gov bsd/uniform_requirements.html).

Exemples de références dans Alcoologie et Addictologie

- Article dans un journal
- Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoolo gie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- Article sous presse
- Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. Alcoologie et Addictologie. Forthcoming 2011.
- Chapitre d'un livre, ou article au sein d'un livre
- ldès J. Jeu pathologique. In : Lejoyeux M, éditeur. Addictologie. Paris J. Masson; 2008. p. 229-38.

ILLUSTRATIONS

Il convient de fournir les illustrations sur des fichiers distincts de celui du texte. Veuillez noter qu'il est de la responsabilité des auteurs d'obtenir "accord du détenteur de copyright avant de reproduire des figures ou tableaux précédemment publiés ailleurs.

Les tableaux doivent être appelés dans le texte, numérotés en chiffres romains. Les figures répondent aux mêmes normes et sont numérotées en chiffres arabes.

Rédacteur en chef : Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : sfa@sfalcoologie.fr - https://sfalcoologie.fr/revue/

alcoologie et addictologie
2020

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr rançois Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie 2020 ; 42(3) : 1-71

EDITORIAL

4 Tabac, alcool : la prévention à l'épreuve de la crise Covid-19
Viêt Nguyen-Thanh, Geneviève Chêne

RECHERCHE

7 Etat des lieux de la recherche sur l'alcool en France : analyse bibliométrique des publications originales entre 2015-2020 relatives à l'alcool en France et à l'international
Aubin Henri-Jean, Jauffret-Roustide Marie, Hebert Justine, Hoffmann Laurence, Quéré Laura, Cipriano Marion, Simony Mélanie, Adjadj Elisabeth, Naassila Mickael

29 #MoisSansTabac 2018 : bilan des actions en Nouvelle-Aquitaine
Dumont Guillaume, Barbette Shona, Prothon Emmanuel, Castera Philippe

38 Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie. Préalables scientifiques et méthodologiques
Isabelle Boulze-Launay, Alain Rigaud, Bernard Basset, François Paille

50 Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie
Lan Tien NGUYEN1, Gomard Annick, Occhipinti Catherine, Griffet Magali, Cleaut Coline, Cohendoz Sandra, Clautrier Catherine, Bonjean Camille, Perriot Jean

59 Joueur de poker : prévalence et facteurs prédictifs du jeu d'argent et de hasard excessif
Messaadi Nassir, Calafiore Matthieu, Richard Florence, Duhamel Alain, Bayen Sabine, Cottencin Olivier

alcoologie et addictologie
2020

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr rançois Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

CONTENTS

Alcoologie et Addictologie 2020 ; 42(3) : 1-71

EDITORIAL

4 Tobacco, alcohol: prevention that will stand the test of the Covid-19 crisis
Viêt Nguyen-Thanh, Geneviève Chêne

RESEARCH

7 Overview of research on alcohol in France: bibliometric analysis of original publications between 2015-2020 relating to alcohol in France and abroad
Aubin Henri-Jean, Jauffret-Roustide Marie, Hebert Justine, Hoffmann Laurence, Quéré Laura, Cipriano Marion, Simony Mélanie, Adjadj Elisabeth, Naassila Mickael

29 #MoisSansTabac 2018: review of actions in Nouvelle-Aquitaine
Dumont Guillaume, Barbette Shona, Prothon Emmanuel, Castera Philippe

38 National inventory of psychotherapeutic methods and non-drug interventions in addictology. Scientific and methodological prerequisites
Isabelle Boulze-Launay, Alain Rigaud, Bernard Basset, François Paille

50 Complex care of outpatients in addictions medicine department
Lan Tien NGUYEN1, Gomard Annick, Occhipinti Catherine, Griffet Magali, Cleaut Coline, Cohendoz Sandra, Clautrier Catherine, Bonjean Camille, Perriot Jean

59 Poker player: prevalence and predictors of excessive gambling
Messaadi Nassir, Calafiore Matthieu, Richard Florence, Duhamel Alain, Bayen Sabine, Cottencin Olivier

EDITORIAL

Tabac, alcool : la prévention à l'épreuve de la crise Covid-19

Geneviève Chêne[1], Viêt Nguyen-Thanh[1]

[1] Santé Publique France

Nous vivons dans un contexte actuel bien particulier en France comme dans le monde, tant au niveau sanitaire, que social et économique. Depuis début janvier 2020, Santé publique France est pleinement mobilisée dans l'exercice de ses missions de surveillance et de prévention dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19. Cet engagement de première ligne n'a cependant pas empêché l'agence de poursuivre ses missions sur l'ensemble du champ de la santé publique et en particulier sur les grands déterminants de la santé que sont les consommations de tabac et d'alcool. Au plus fort de la crise sanitaire, et dans le cadre plus large des dispositifs d'observation qui se mettaient en place au service de la prévention Covid-19, l'agence a pris l'initiative d'investiguer ces questions sur les consommations de tabac et d'alcool pour adapter ses stratégies de prévention. Quels ont été les constats issus de ces enquêtes, et quels enseignements sont à retenir pour la suite ?

Les impacts du confinement sur les consommations des Français

Au début du confinement, Santé publique France a mis en œuvre un dispositif d'enquêtes permettant de suivre les comportements, attitudes et connaissances en matière de santé des Français ainsi que leurs déterminants. Ces enquêtes étaient principalement dédiées à la Covid-19, mais elles ont aussi permis d'étudier d'autres thématiques telles que la santé mentale, l'alimentation, l'activité physique, et… les conduites addictives en temps de confinement.

Ces enquêtes présentaient plusieurs intérêts : leur capacité à capter des changements de façon très réactive ; la force des méthodes mixtes alliant le quantitatif pour suivre des évolutions et les décrire, et le qualitatif pour comprendre ; la complémentarité des indicateurs fournis avec ceux qui existent par ailleurs, comme les remontées issues du terrain relayées par les acteurs de l'addictologie, les données de ventes d'alcool ou encore de livraisons de produits du tabac aux buralistes.

Les premiers résultats de ces enquêtes concernant la consommation de substances psychoactives ont été publiés dès le mois de mai1. L'un des principaux constats est la grande diversité des comportements observés. Interrogés après les deux premières semaines de confinement, les fumeurs étaient 27 % à déclarer que leur consommation de tabac avait augmenté depuis le confinement, mais à l'inverse 19 % à déclarer qu'elle avait diminué. Parmi les consommateurs d'alcool interrogés, 11 % déclaraient que leur consommation avait augmenté depuis le début du confinement, mais à l'inverse, 24 % déclaraient qu'elle avait diminué. Une analyse en cours permettra de préciser les facteurs associés à ces évolutions. Les données qualitatives recueillies par ailleurs suggèrent que ces évolutions contrastées traduisent une grande diversité des situations individuelles vécues par les Français pendant cette période de confinement :

poursuite du travail pour ceux dont les métiers restaient indispensables à la vie collective, chômage partiel pour d'autres, ou encore télétravail complet ; situations familiales diverses, exposant certains à l'isolement social quasi complet, d'autres à une conciliation complexe entre télétravail et éducation des enfants privés de leur cadre scolaire habituel ; conditions de logement et donc de vie variées… Ainsi, pour certains, les habitudes de vie ont été complètement modifiées pendant ce confinement, impactant probablement de façon importante les consommations étroitement liées à ces habitudes.

A présent, posons-nous la question : les évolutions observées seront-elles durables, et si oui, comment adapter notre action à ces phénomènes ?

Des impacts à anticiper, des stratégies préventives à renforcer

Un éventuel changement des tendances de consommation de tabac et d'alcool en France, consécutif à l'épidémie et au confinement d'une part et à la crise économique et sociale qui en découle, d'autre part, ne pourra être mesuré avec précision que lorsque les enquêtes représentatives en population générale telles que les Baromètres de Santé publique France pourront reprendre. En attendant, les connaissances sur l'impact des crises économiques indiquent que les hausses du taux de chômage qui les accompagnent sont associées à des hausses de la mortalité par suicide, et aussi de la mortalité en lien avec l'alcool. Par ailleurs, le tabagisme est plus fréquent parmi les plus défavorisés[2] : il sera nécessaire de suivre attentivement l'évolution des consommations de tabac et leur association avec la survenue d'une dégradation de la situation économique et sociale en France dans les mois qui viennent. Ces prévisions, si elles se vérifiaient, seraient d'autant plus délétères qu'elles viendraient contrecarrer les colossaux efforts de prévention consentis ces vingt dernières années en France par tous les acteurs concernés ; efforts qui semblent enfin porter leurs fruits depuis 2016, avec une baisse notable du tabagisme ces trois dernières années.
Dès lors, il convient de se mobiliser pour anticiper ces possibles évolutions négatives. Plusieurs champs doivent être investis.

En premier lieu, le champ de l'observation et de la recherche. Les évolutions des consommations et leurs déterminants doivent être suivis avec rigueur. C'est ce qui est prévu avec une reprise du terrain du Baromètre de Santé publique France 2020 dès le mois de juin, puis une nouvelle édition début 2021, qui se déclinera, en ce qui concerne le suivi des conduites addictives, en métropole comme dans les Outre-mer. Ces travaux seront utilement complétés par les très nombreux projets de recherche qui ont émergé pendant le confinement, soulignant la très grande réactivité et la mobilisation croissante des chercheurs sur la thématique des addictions en France.
Par ailleurs, il sera indispensable de renforcer le champ de l'intervention, de la prévention et du soin au bénéfice des populations concernées. Depuis quelques années, ce champ a bénéficié d'une impulsion favorable grâce notamment à la création du Fonds de lutte contre les addictions qui a permis d'accroitre les financements alloués. Il sera crucial de sécuriser ces financements, et aussi de poursuivre la structuration de l'action collective, en particulier sur le sujet de l'alcool. Si la lutte contre le tabagisme bénéficie depuis 2014 d'un programme national structuré extrêmement porteur, il n'en est pas encore de même pour l'alcool. Amplifier les efforts prévus dans le cadre du Programme national de lutte contre le tabac, et envisager la création d'un plan national de lutte contre les dommages liés à l'alcool, permettrait de faciliter l'implémentation des actions de prévention fondées sur les faits scientifiques, et soutenues de longue date par les acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie.

S'il est trop tôt pour dresser le bilan 2020 complet de l'épidémie Covid-19 en France en termes de mortalité, il est probable que la mortalité attribuable au tabac et à l'alcool soit cette même année proche des estimations réalisées au cours des dernières années, à savoir 75 000 et 41 000 décès, respectivement. Ces chiffres pourtant connus invitent à considérer la prévention des consommations de tabac et d'alcool comme deux des autres grandes priorités sanitaires à traiter en France pour 2020, et sur la durée.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec le sujet du présent article.

Liens web :

- https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie
- https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viquop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus
- https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais

REFERENCES :

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009; 374: 315–23.
2. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. The Lancet, 378(9786), 124-125.
3. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):273-81.

RECHERCHE

Etat des lieux de la recherche sur l'alcool en France : Analyse bibliométrique des publications originales entre 2015-2020 relatives à l'alcool en France et à l'international.

Aubin Henri-Jean[1], Jauffret-Roustide Marie[2], Hebert Justine[3], Hoffmann Laurence[3], Quéré Laura[3], Cipriano Marion[3], Simony Mélanie[3], Adjadj Elisabeth[4], Naassila Mickael[5,*]

1 Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), INSERM, Paris, France. Centre de recherche et de traitement des addictions, Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Sud, Villejuif, France.
2 2 Centre d'Étude des Mouvements Sociaux (CEMS), EHESS, 54 bd Raspail, 75006 Paris
3 Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP),
4 CRHC Inserm, 101 rue de Tolbiac, Paris F-75013, France
5 Université de Picardie Jules Verne, Unité INSERM UMRS1247, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances (GRAP), Amiens, France
* Correspondance : Pr Mickael Naassila, Université de Picardie Jules Verne, Centre Universitaire de recherche en Santé, Chemin du Thil, 80025, Amiens cedex 1, France. mickael.naassila@inserm.fr ; tél 03 22 82 76 72

Résumé : La lutte contre le fardeau sanitaire et social de la consommation d'alcool nécessite un plan d'actions global dans lequel la recherche doit tenir une place importante. Un état des lieux de la recherche sur l'alcool en France a été réalisé à partir d'une étude bibliométrique sur les publications recensées sur le Web of Science (WoS) sur la période 2015-2020. La France a cosigné ≈4% du corpus de la production mondiale d'articles s'élevant à 25 311 titres rapportés par la requête, ce qui la place au 8ème rang mondial du classement des pays pour lesquels les données sont disponibles. L'évolution temporelle de la production sur la période 2015-2020 en France est relativement constante. La cartographie de la recherche sur l'alcool en France se caractérise notamment par un intérêt particulier pour les approches en épidémiologie, toxicologie et pour les études translationnelles dans le champ des neurosciences. La France partage des similitudes d'organisation de la recherche (en termes de thématiques) avec de nombreux pays mais elle possède aussi certaines spécificités comme par exemple une meilleure visibilité de la toxicologie. Elle se caractérise aussi par une délimitation marquée entre recherche fondamentale et clinique. Les nouvelles opportunités d'organisation nationale comme la création du réseau national de recherche en alcoologie REUNIRA et de financement comme celui du Fonds de lutte contre les addictions devraient permettre de rattraper un certain retard à l'international et de donner à la France une plus forte compétitivité dans le domaine de la recherche sur l'alcool. Cependant, il faut encore certainement améliorer la reconnaissance de cette thématique comme une priorité nationale au vu des dommages sanitaires et sociaux colossaux dans notre pays.

Mots-clés : Alcool, recherche, bibliométrie, état des lieux, France

Abstract: The fight against the health and social burden requires a global action plan in which research must play an important role. An inventory of alcohol research in France was conducted based on a bibliometric study of publications identified on the Web of Science over the period 2015-2020. France co-authored ≈4% of the corpus of global article production amounting to 25,311 titles reported by the query, placing it 8th in the world ranking. The temporal evolution of production over the period 2015-2020 in France is relatively constant. The mapping of alcohol research in France is characterized by a particular interest in epidemiology, toxicology and translational studies in the field of neuroscience. France shares similarities with many countries in the organization of research (themes) but also has certain specificities,

such as toxicology, which is more visible. It is also characterized by a strong delineation between basic and clinical research. The new opportunities for national organization, such as the creation of the national network of research in alcohology REUNIRA, and for financing, such as the fund for the fight against addiction, will certainly allow France to catch up internationally and to become more competitive in the field of alcohol research. However, the recognition of this theme as a national priority must certainly be improved in view of the colossal health and social damage in our country.

Key-words: Alcohol, research, bibliometry, state of the art, France

1. INTRODUCTION

1.1. Importance de la recherche dans la lutte contre le fardeau sanitaire de la consommation d'alcool

Le fardeau sanitaire et social de la consommation d'alcool est très préoccupant dans le monde(1). En France, la consommation d'alcool est une des toutes premières causes d'hospitalisation(2), est responsable de 41 000 morts en 2015(3) et a un coût social estimé à 118 milliards d'euros en 2010(4). Avec 4 milliards d'euros de recettes fiscales annuelles, le coût pour la société est 30 fois supérieur à ce que peuvent rapporter les ventes d'alcool (Expertise collective INSERM 2021 « Réduction des dommages associés à l'alcool : stratégies de prévention et d'accompagnement). Lutter efficacement contre le fardeau sanitaire et social considérable lié à la consommation d'alcool nécessite de mettre en place un plan global d'actions dont certaines doivent concerner la recherche sur l'alcool. Dans ce contexte, il est important de disposer d'un état des lieux de la recherche sur l'alcool en France. En effet, nous ne disposons que de peu de données sur ce domaine de recherche en France et d'éléments de comparaison à l'international.

1.2. Analyse bibliométrique

L'analyse bibliométrique est une approche qui permet d'évaluer la production scientifique (nombre d'articles publiés et nombre de citations par article) dans un domaine spécifique de recherche(5). De précédentes études se sont intéressées à l'analyse des publications originales dans le champ des addictions et de l'alcool dans le monde. L'étude de Valderrama et al. menée en 2019 qui porte sur les 100 publications les plus citées dans le Web of Science portant sur la cocaïne, l'héroïne, le cannabis et les psychostimulants montre notamment que sur ces 100 publications, cinq sont françaises, plaçant la France en 3ème position derrière les Etats-Unis (79 publications) et le Royaume-Uni (9 publications)(6). Une étude conduite en 2018 par Khalili et al. sur la production scientifique dans le domaine des substances illicites a étudié les publications sur deux décennies, de 1994 à 2014. Il en ressort que la France fait partie des 10 pays ayant le plus publié sur cette période(7).

Dans l'analyse bibliométrique réalisée par Bramness et al. sur la période 2001-2011, la France est en 9ème position parmi 10 pays européens concernant le nombre de publications rapporté au nombre d'habitants pour les différentes substances psychoactives (alcool, substances illicites, médicaments, tabac)(8). L'étude de Savic et Room, publiée en 2014, portant plus spécifiquement sur l'alcool dresse le même constat, sur la même période(9). Cette dernière étude souligne aussi que ce classement de la France est associé à un faible score concernant les politiques publiques de lutte contre les méfaits de l'alcool et la culture de tempérance vis-à-vis de l'alcool(9). Dans cette dernière étude, les auteurs ont utilisé un indice de la politique en matière d'alcool qui donne un score sur 100 et mesure cinq domaines

d'action, notamment la disponibilité physique de l'alcool (32 points maximum), le contexte de consommation (8 points maximum), le prix de l'alcool (24 points maximum), la publicité sur l'alcool (3 points maximum) et la conduite des véhicules à moteur (3 points maximum). Dans l'étude de Bramness et al., l'évolution annuelle du nombre absolu de publications et du nombre relatif de publications par million d'habitants en France dans le domaine de la recherche sur les addictions entre 2001 et 2011 est l'une des plus faible des 10 pays européens et des USA(8). Cette étude, mettait aussi en lumière le fait que la France, comme tous les autres pays, présente une proportion d'articles sur l'alcool plus élevée comparativement aux autres substances (France : alcool :49%, drogues illicites :21%, médicaments :16,2%, stéroïdes :14,2%, Tabac : 29,6% ; le total étant supérieur à 100 car des publications concernent plusieurs substances)(8). Toutefois, le nombre des publications n'est pas un indicateur suffisant pour mesurer la qualité des publications, le nombre de citations doit également être pris en compte. Ainsi, lorsque le nombre de citations des publications est analysé, les résultats montrent que la France se place à la 6ème position sur 11 pays (avec dans l'ordre Les Pays-Bas en tête, les Etats-Unis, le Danemark, le Royaume Unis et l'Italie avant la France) (8). Le nombre de publications et le nombre de citations ne permettent pas de juger de la qualité de la recherche, ce ne sont que des données quantitatives. Une mesure, plus qualitative, pourrait provenir du niveau de classement (Facteur d'impact) des journaux dans lesquels sont publiés les travaux de recherche ; même si ce dernier critère reste lui aussi débattu.

Il faut aussi souligner que, dans ce type d'analyse de la bibliométrie, un écueil important concerne toutes les publications qui ne sont pas rédigées en langue anglaise et qui peuvent donc échapper à l'analyse et ceci semble d'autant plus vrai dans le champ des sciences humaines et sociales. Une enquête de 2005 a par exemple estimé qu'environ 21% des publications dans le champ des addictions de l'Union Européenne sont publiées dans d'autres langues que l'anglais(10). Mais, même en tenant compte de cette limite, cela ne peut pas expliquer le plus faible nombre de publications observé en France(8).

L'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) a mené un état des lieux de la recherche sur les addictions en France à partir d'une étude bibliométrique sur les publications recensées sur le Web of Science (WoS) sur la période 2015-2020(11). La présente étude concerne la partie de l'état des lieux de la recherche sur l'alcool en France.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Périmètre de l'étude

La période d'étude commence en 2015 et se termine en 2020. Le choix a été fait de s'intéresser à ces six dernières années afin d'avoir un échantillon représentatif assez large de l'état actuel de la recherche sur l'alcool en France et de percevoir d'éventuelles dynamiques plus récentes. Puis le même exercice a été fait au niveau international avec par la suite une comparaison plus précise avec 10 pays (Etats-Unis d'Amérique, Canada, Australie, Angleterre, Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Suisse et Chine).

2.2. Etude bibliométrique

Analyser les caractéristiques de la recherche française par l'étude des publications permet de percevoir son dynamisme et d'obtenir des éléments caractéristiques des travaux publiés. Ces caractéristiques donnent une image à la fois des thématiques développées, des disciplines les plus mobilisées, des

populations les plus étudiées mais permet aussi d'étudier l'engagement de la France en comparaison avec d'autres pays dans ce champ de recherche. Cette approche pourra par la suite permettre de suivre les évolutions dans le temps avec l'application de la même requête quelques années plus tard.

Cette analyse bibliométrique a été réalisée en collaboration avec Elisabeth Adjadj du département d'évaluation et du suivi des programmes (DESP) de l'Inserm. Ce travail a été mené en collaboration avec un Comité Scientifique de cinq chercheurs spécialistes du champ des addictions et ayant des formations disciplinaires et des champs d'expertise variés. L'analyse a été menée sur le WoS, une plateforme d'information scientifique permettant d'effectuer des requêtes sur une base de données bibliographiques regroupant plus de 20 000 périodiques.

Il a été choisi de recueillir l'ensemble de la production sur l'alcool quel que soit le journal de parution. Aussi, la prise en compte des facteurs d'impact (impact factors) des revues scientifiques n'est pas pertinente ici car toute la production a été étudiée, quel que soit le journal où les publications sont parues, afin d'avoir un éclairage global des activités de recherche autour de l'alcool. De plus, les facteurs d'impact peuvent varier considérablement selon les disciplines et le nombre potentiel de chercheurs dans le domaine.

Le panorama des principaux axes de la recherche sur l'alcool est montré grâce à une carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications. La proximité des mots est associée à la fréquence de leurs co-occurrences dans les publications ("force d'association") (cartographie établie à l'aide du logiciel Vosviewer(12)). Cette carte permet de révéler des "familles de mots" qui définissent des clusters thématiques, fournissant une illustration de l'organisation des activités de recherche.

2.3. Construction de la requête

La construction d'une requête permet de rechercher dans des bases de données, telles que le WoS, des publications sur la base de critères prédéfinis. La requête utilisée ici repose sur plusieurs sous-requêtes. Des mots-clés assez larges associés à l'alcool, ont été recherchés uniquement sur le titre des publications (ti). Des mots-clés plus précis ont été recherchés sur les titres, les résumés (abstracts) et sur mots-clés rattachés aux articles (ts). Ces mots-clés devaient à la fois être assez larges pour retenir l'ensemble des publications en lien avec le sujet, mais aussi assez spécifiques pour exclure les publications hors-sujet. Une sous-requête sur les journaux concernant spécifiquement l'alcool a également été réalisée. Tous les articles publiés dans des journaux concernant spécifiquement l'alcool ont alors été inclus (liste de revues pré-identifiées avec le Comité scientifique + journaux comprenant « alcohol » dans leur titre). Enfin, une sous-requête sur les publications rattachées à la catégorie thématique du WoS « alcohol » a aussi été réalisée. Tous les articles rattachés à la catégorie thématique du WoS (wc) « alcohol » ont été inclus. Certains termes ont été exclus à la fin de la requête car ils rapportaient des publications hors-champ.

Les publications qui sont ressorties avec la requête ont été soumises à vérification au comité scientifique, qui a effectué une vérification aléatoire sur 5 échantillons de 50 publications. Chaque chercheur a évalué 2 échantillons afin de s'assurer de la faible proportion de publications hors-champ. La requête utilisée peut être retrouvée en annexe 1. Les articles qui ont été rapportés correspondaient à des recherches originales et à des revues de la littérature.

2.4. Comparaisons internationales

Afin de pouvoir mettre en évidence des tendances nationales en France et au regard de la dimension internationale de ce champ de recherche, des comparaisons à l'international ont aussi été conduites.

Dans un premier temps, l'étude a été menée sur le monde entier. La requête finale a été appliquée à l'ensemble des publications du WoS, sans critère géographique. Dans un second temps, il a été choisi de faire un focus sur certains pays.

Ces analyses ont permis de mettre en regard les caractéristiques de la recherche française par rapport à celle d'autres pays. Les pays choisis pour une comparaison avec la France sont les suivants : Allemagne, Royaume-Uni, Australie, Canada, Espagne, Etats-Unis, Italie, Pays-Bas et Chine. Cette liste des pays a été dressée en fonction de différents critères. Ainsi des pays, ayant une forte implication dans la recherche sur les addictions et/ou des politiques publiques dynamiques sur la lutte contre les addictions, ont été sélectionnés.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la recherche sur l'alcool en France

La répartition par pays de la production mondiale sur la période 2015-2020 est présentée sur la Figure 1. La production mondiale d'articles originaux s'élève à 25 311 titres rapportés par la requête. Les Etats-Unis ont cosigné 48% du corpus, le Royaume-Uni 8%, l'Australie ≈7%, le Canada 6%, l'Allemagne 5%, la Chine ≈5%, l'Espagne 4%, la France ≈4% (8ème du classement avec 955 publications), la Suède 3%, l'Italie 3%, les Pays-Bas ≈3%.

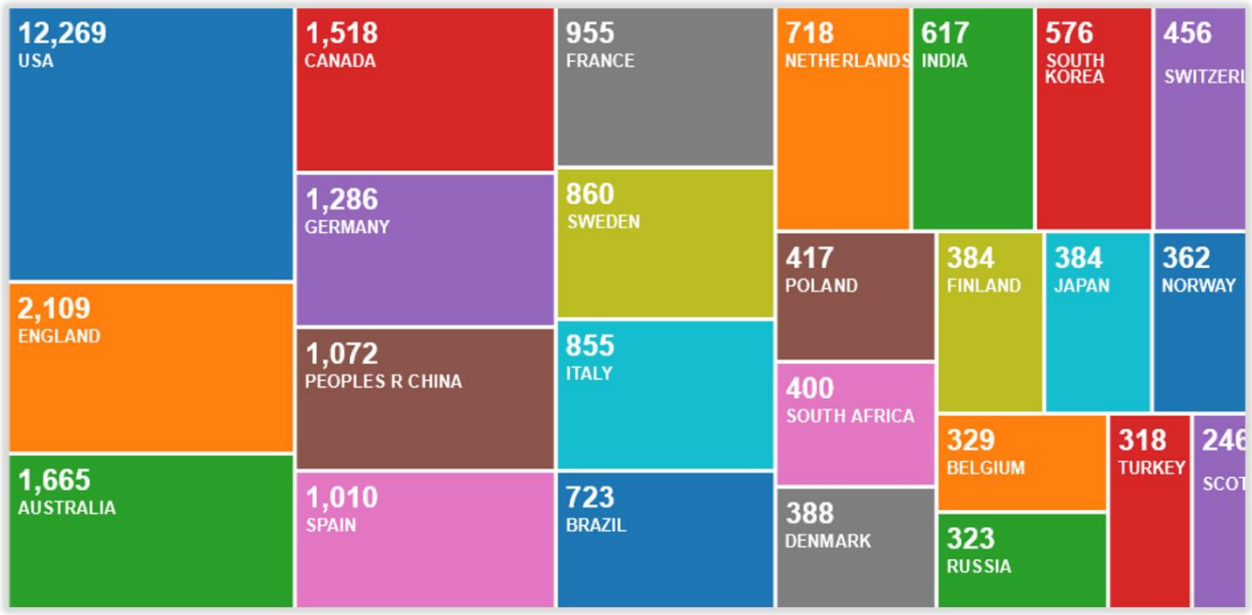


Figure 1. Répartition par pays de la production mondiale sur la période 2015-2020. La production mondiale d'articles originaux s'élève à 25 311 titres rapportés par la requête

L'évolution temporelle de la production sur la période 2015-2020 est présentée sur la Figure 2. Les résultats montrent que la production mondiale est relativement constante sur la période avec une très légère croissance en fin de période. Ils montrent aussi que la production française est elle aussi relativement constante.

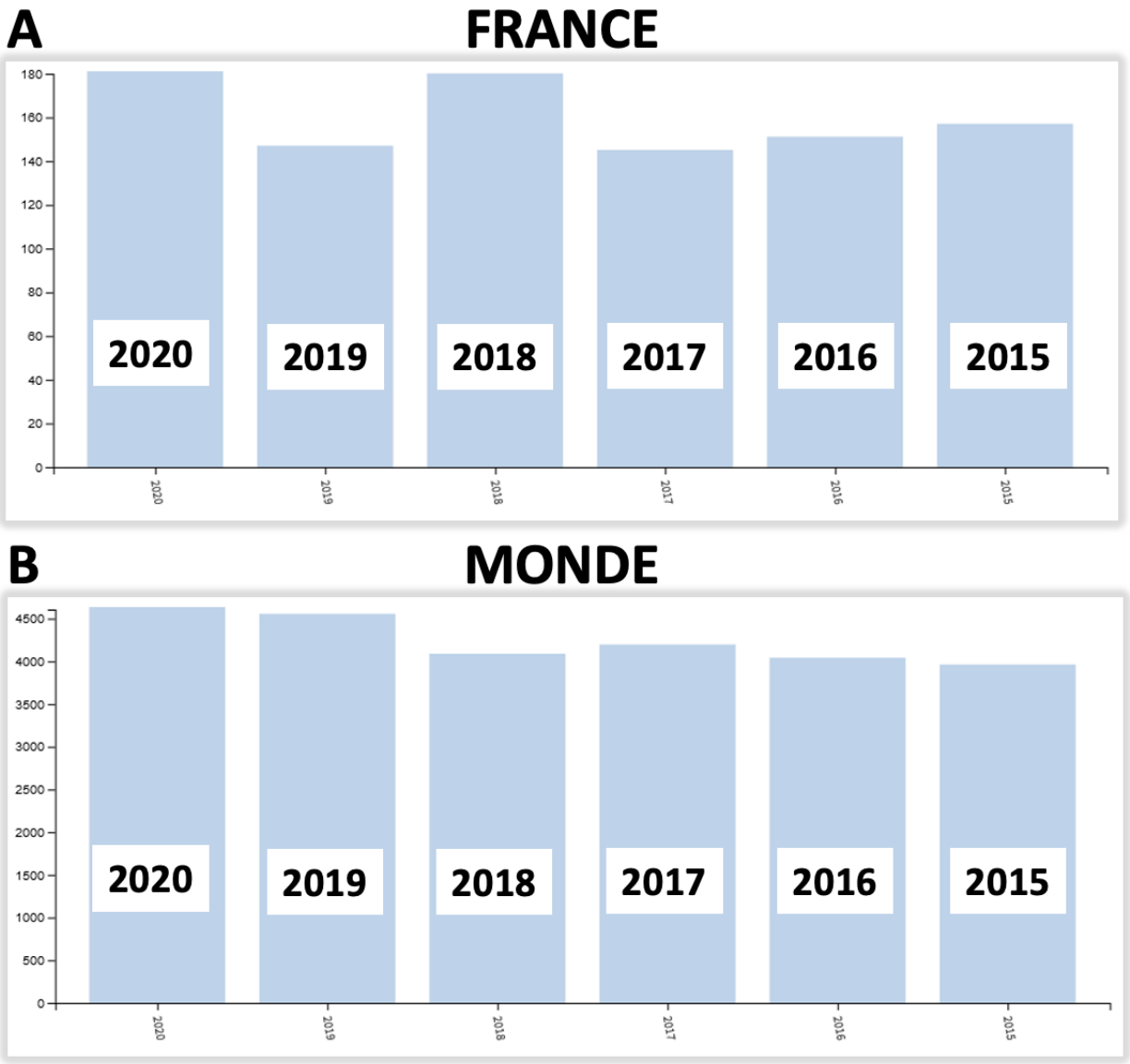


Figure 2. Evolution temporelle de la production sur la période 2015-2020 en France (A) et dans le monde (B).

La carte relationnelle des journaux dans lesquels sont parues les publications affiliées à la France est présentée sur la Figure 3. Elle est basée sur le nombre de références communes mentionnées dans les publications et peut être considérée comme le reflet de proximités thématiques ou d'intérêts (au moins 5 publications par journal). Quarante journaux regroupent au moins 5 publications, reflétant ainsi le fait que les publications sur l'alcool se trouvent dans un large panel de journaux, spécialisés ou non dans le champ des addictions. Parmi ces journaux on retrouve en tête Alcohol Clinical & Experimental Research (le journal de la société américaine de recherche sur l'alcoolisme: RSA), Drug and Alcohol Dependence, Addiction Biology, Alcohol & Alcoholism (le journal de la Société Européenne pour la Recherche Biomédicale sur l'Alcoolisme (ESBRA), la Presse médicale, Encéphale-Revue de psychiatrie et les Annales médico-psychologiques. L'analyse de la liste des auteurs signataires d'au moins 5

publications originales affiliées à la France, montre un réseau central autour des équipes de HJ Aubin, M Naassila, B Rolland, PA Geoffroy, B Falissard, F Bellivier, F Limosin, N Hoertel et P Perney, ce qui met en évidence une diversité géographique (Les publications cosignées par plus de 25 auteurs n'ont pas été prises en compte ici).

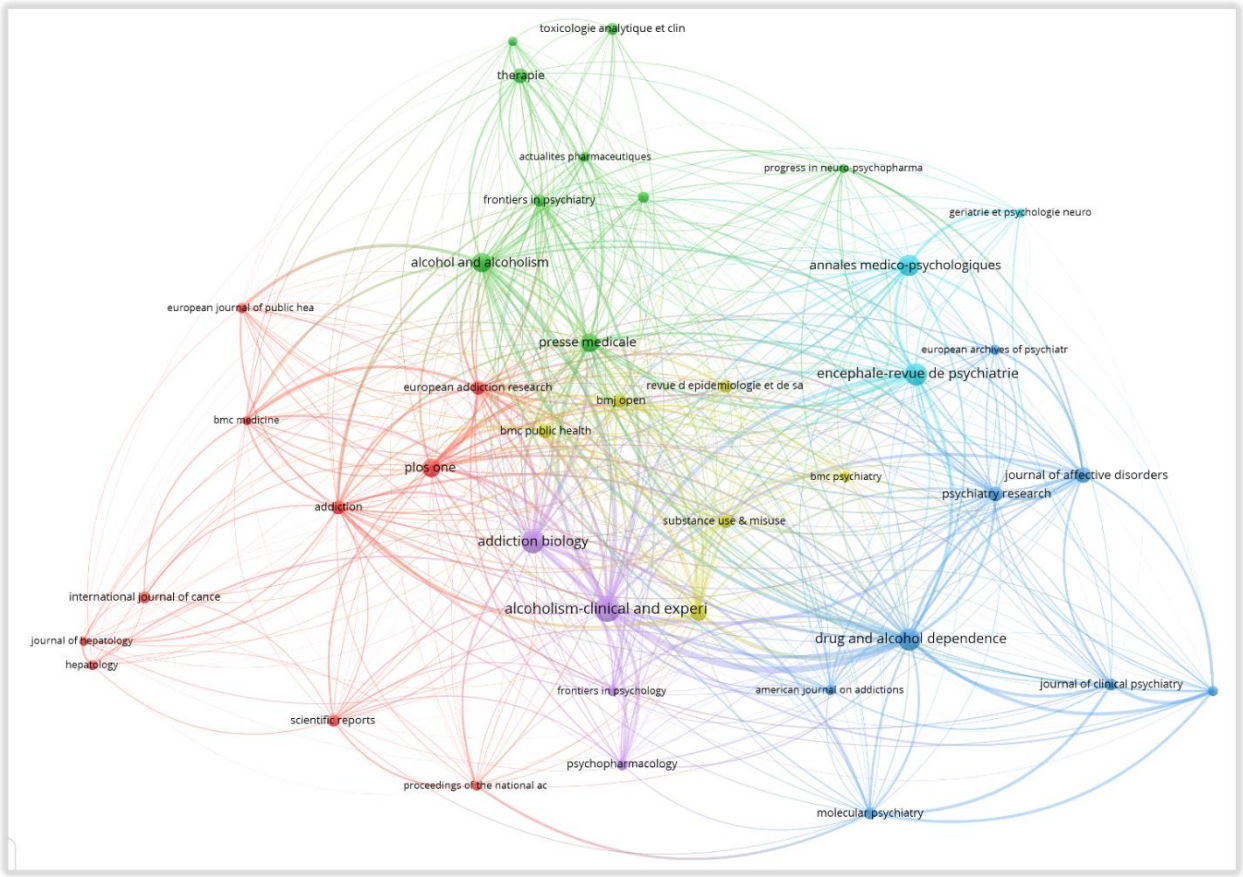


Figure 3. Carte relationnelle des journaux dans lesquels sont parues les publications.

Les collaborations internationales de la France sont présentées sur la Figure 4. Parmi les 25 premiers pays avec lesquels la France collabore, 18% des publications françaises sont cosignées avec les Etats-Unis, ≈14% avec le Royaume-Uni, 11% avec l'Allemagne, 10% avec le Canada, ≈9% avec l'Espagne, 8% avec la Belgique, ≈7% avec l'Italie et 6% avec les Pays-Bas. Parmi les organismes internationaux avec lesquels la France collabore, se trouvent par ordre de fréquence l'Université de Londres, l'Université de Toronto, la Technische Universitat Dresden, l'Université Catholique de Louvain, CIBER-HD (Espagne) et le Kings College London.

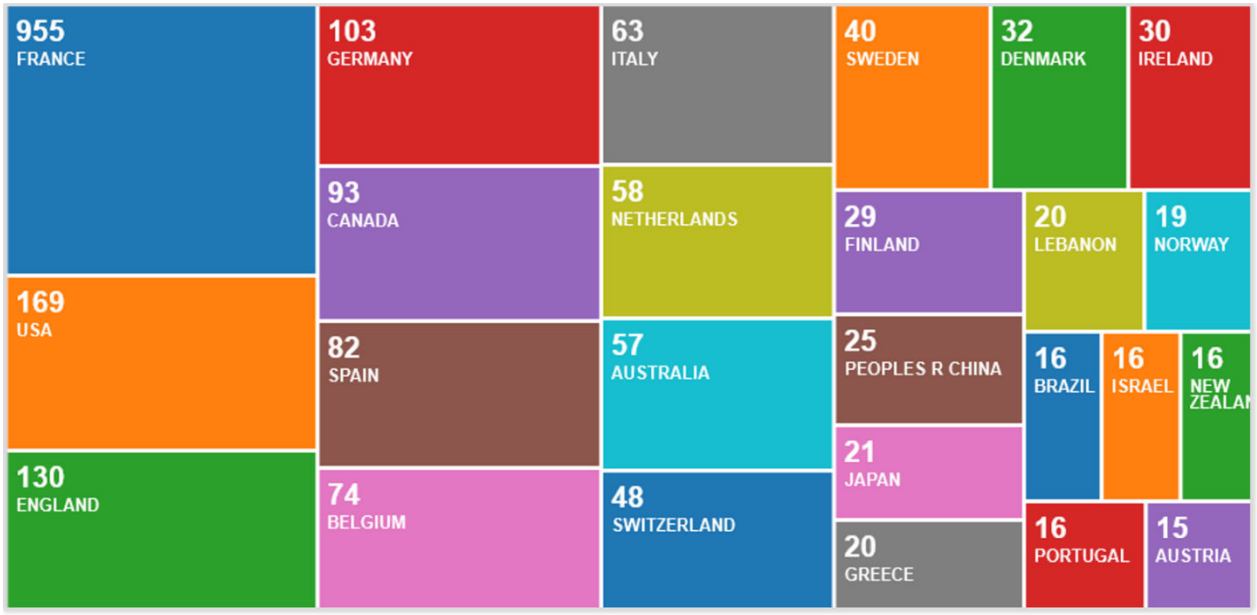


Figure 4. Collaborations internationales de la France. Liste des 25 premiers pays avec lesquels la France collabore.

Le panorama des principaux axes de la recherche sur l'alcool est présenté sur la Figure 5. La carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications permet de révéler des "familles de mots" qui définissent six clusters thématiques. Parmi ces clusters, le premier (en bleu sur la figure) concerne les champs des neurosciences avec la neurologie, l'exploration fonctionnelle, les mesures cognitives et les troubles neuropsychologiques. Le deuxième (en turquoise sur la figure) concerne l'alcool et les autres substances dont le tabac et le cannabis, les troubles de la personnalité, la motivation à la surconsommation, l'influence du statut socioéconomique/sociodémographique, les adolescents/étudiants et l'environnement professionnel. Le troisième (en violet sur la figure) concerne les neurosciences, la biologie cellulaire et moléculaire, les modèles animaux et les susceptibilités génétiques aux addictions. Le quatrième (en jaune sur la figure) concerne la prise en charge thérapeutique de l'addiction à l'alcool, la prévention, les traitements, les essais cliniques, le syndrome de sevrage et la toxicologie. Le cinquième (en rouge sur la figure) concerne les études épidémiologiques nationales (NESARC), l'alcool et les autres substances dont le tabac et le cannabis et les troubles psychiatriques, l'influence des facteurs socioéconomiques/sociodémographiques (prisonniers, sans domicile fixe, migrants..). Le sixième (en vert sur la figure) concerne les études épidémiologiques européennes (Epic..), l'alcool et le tabac comme facteurs de risque de cancer, les maladies du foie, les maladies métaboliques, les comorbidités et la consommation d'alcool en contexte VIH/VHC.

Les résultats montrant différents clusters thématiques révèlent l'existence d'un cloisonnement disciplinaire et un niveau faible de pluridisciplinarité dans les approches de recherche.

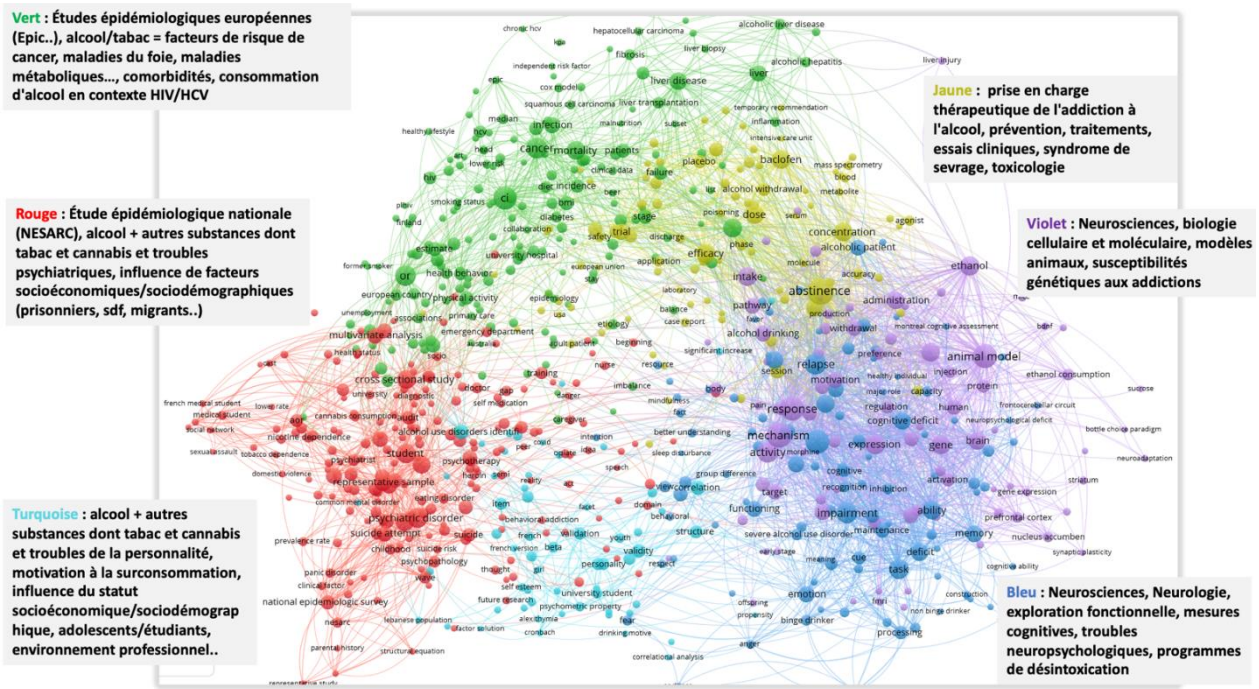


Figure 5. Panorama des principaux axes de la recherche sur l'addiction à l'alcool. Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications permettant de révéler des "familles de mots" qui définissent des clusters thématiques.

3.2. Comparaison à l'international

Notre étude visait aussi à comparer le panorama des principaux axes de la recherche sur l'alcool à l'international. Comparativement à la France, la cartographie des Etats-Unis (Annexe 2) montre l'existence de deux « gros blocs » et de peu de liens entre les approches cliniques/santé publique/épidémiologie et l'approche fondamentale/pharmacologie. On retrouve aussi un plus grand développement des dépistages, des programmes d'intervention et de leur efficacité et plus généralement de la promotion de la santé et des soins primaires. Il semble que le focus sur les jeunes soit plus important aux Etats-Unis qu'en France. En revanche, les traitements et la toxicologie semblent moins abordés.

Comparativement à la France, la cartographie du Royaume-Uni (Annexe 3) montre que les différents clusters sont plus intriqués, révélant une plus grande pluridisciplinarité. Plusieurs clusters sont principalement consacrés à la santé publique (développement de soins primaires, parcours de soins et évaluation de ces parcours, analyses de donnés qualitatives issues d'enquêtes, thérapie basée sur des groupes d'expérience, éducation, promotion de la santé…). En revanche les traitements et la toxicologie semblent moins abordés, comme ce qui est observé aux USA.

Comparativement à la France, la cartographie de l'Australie (Annexe 4) met en lumière un plus fort accent sur la santé publique (développement de soins primaires, parcours de soins, enquêtes qualitatives, thérapie basée sur des groupes d'expérience, éducation, promotion de la santé…) et l'activité physique, et une implication dans les études épidémiologiques avec l'Afrique du Sud, la Chine et l'Inde. L'investissement dans les études génétiques semble plus important.

La cartographie du Canada (Annexe 5) révèle une organisation de la recherche qui semble assez proche de celle de la France. Un focus semble être plus soutenu sur les populations vulnérables (sans abri) et les services sociaux d'accompagnement. Un cluster est plus particulièrement centré sur les comportements addictifs en général et les personnes « poly-addictes ». Les publications qui sous-tendent ce cluster font référence à l'addiction à l'alcool comme à d'autres substances addictives, mais sont plutôt focalisées sur le jeu pathologique, qui est un sujet de recherche prioritaire au Canada.

La cartographie de l'Allemagne (Annexe 6) montre une organisation globalement similaire à celle de la France avec un cluster qui concerne la toxicologie. Un cluster concerne la prévention et le développement de thérapies cognitives basées sur des approches éducatives virtuelles et évaluation de ces campagnes. Une partie de ce cluster est proche du cluster des neurosciences. L'exploration par imagerie fonctionnelle semble plus prioritaire qu'en France.

La cartographie de l'Espagne (Annexe 7) montre certaines similitudes à celle de la France. Un focus sur les jeunes et une prise en compte plus globale des addictions (« poly-addictions ») semblent plus marqués. Un cluster concerne aussi les campagnes de dépistage et les soins primaires.

La cartographie de l'Italie (Annexe 8) montre une organisation globalement similaire à celle de la France, et surtout à celle de l'Espagne. Un cluster concerne les études toxicologiques et comme en Espagne, les jeunes semblent particulièrement ciblés.

Comparativement à la France, la cartographie des Pays-Bas (Annexe 9) montre une exploration par imagerie fonctionnelle plus documentée, comme pour l'Allemagne. Comme en Allemagne, le développement des thérapies cognitives basées sur des approches éducatives et l'évaluation de ces campagnes semblent prioritaires. Une partie de ce dernier cluster est proche du cluster des neurosciences. Comme au Royaume-Uni, une attention aux soins primaires semble prioritaire.

Comparativement à la France, la cartographie de la Chine (Annexe 10) montre assez peu de similitudes. La répartition différenciée est assez comparable à celle des Etats-Unis. Il existe une importance relative des méta-analyses qui portent sur les « poly-addictions », sur l'association avec des facteurs génétiques et sur l'efficacité de traitements contre l'addiction à l'alcool. L'addiction au tabac est souvent étudiée simultanément avec celle à l'alcool. Un focus existe sur l'imagerie cérébrale (comme l'Allemagne et les Pays-Bas) et sur l'utilisation de l'intelligence artificielle (réseau de neurones) dans l'analyse des prédispositions multifactorielles.

Enfin, l'analyse montre des travaux collaboratifs avec l'Afrique du Sud et l'Asie.

4. DISCUSSION

4.1. La place de la France

Entre 2015 et 2020, la France a cosigné ≈4% du corpus de la production mondiale d'articles originaux s'élevant à 25 311 titres rapportés par la requête, ce qui la place au 8ème rang du classement sur les 25 pays qui ont émergé dans notre étude. L'évolution temporelle de la production sur la période 2015-2020 en France est relativement constante.

Ces chiffres sont en accord avec ceux d'une étude précédente qui plaçait la France en 9ème position parmi 10 pays européens concernant le nombre de publications rapporté au nombre d'habitants pour les différentes drogues(8). Ou encore avec ceux de l'étude de Savic et Room, publiée en 2014, qui portait plus spécifiquement sur l'alcool et qui dressait le même constat, sur la même période(9). Cette dernière étude soulignait aussi que ce classement de la France était associé à un faible score concernant les politiques publiques de lutte contre les méfaits de l'alcool et la culture de tempérance vis-à-vis de l'alcool(9). Si ces études n'analysaient pas la qualité des publications mais plutôt leur nombre, elles ont mis en avant le fait que les addictions et notamment celle à l'alcool, n'apparaissaient pas comme une priorité de recherche. Nous pouvons faire l'hypothèse que la tolérance des politiques publiques vis-à-vis de l'alcool en France a donc des répercussions plutôt négatives sur la reconnaissance de cette priorité de recherche.

4.2. La question du financement et des postes

Sur des aspects purement quantitatifs, il semble clair que le niveau des financements d'un champ de recherche est grandement responsable de la quantité de programmes de recherche financés, du nombre de postes de chercheurs, du dynamisme de ce champ de recherche et donc au final de la quantité de publications. C'est ainsi que la recherche sur le cancer, le SIDA ou la maladie d'Alzheimer, par exemple, ont bénéficié de plusieurs plans nationaux de soutien à la recherche qui ont contribué au développement très important de ces secteurs de la recherche.

Il semble que les USA à eux seuls contribuent à hauteur d'environ 50% de toutes les publications du champ de l'alcool (notre étude). Bramness et al ont suggéré que les USA contribueraient à hauteur de 50% concernant les publications du champ des addictions en général(8). Cela est probablement dû à l'ampleur colossale des financements alloués à la recherche sur les addictions avec le National Institute on Drug Abuse (NIDA) (budget de 1 852.5M$ en 2022) et sur l'alcool avec le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (budget de 570.2M$ en 2022).

La recherche en santé France est financée principalement par l'Agence nationale de la recherche (ANR) avec des appels à projet dits « génériques » et donc sans appels à projets spécifiquement sur les addictions, le Ministère de la santé avec le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence de la recherche sur le SIDA (ANRS). L'ANR a lancé en 2011 et 2012, l'appel à projet Santé Mentale - Addictions (SAMENTA) qui a permis de financer plusieurs projets sur l'alcool. Un volet transnational de l'ANR : ERA-NET-NEURON a permis à plusieurs reprises de financer des projets internationaux de recherche sur l'alcool. Malheureusement nous ne disposons de statistiques sur les projets financés par l'ANR et l'INCA sur l'alcool ou les addictions en général.

D'autres financeurs existent comme la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Fondation pour la recherche médicale (FRM). Il faut souligner que pendant de nombreuses années la recherche sur l'alcool a été financée en France par l'IREB (Institut de recherche sur les boissons), créé en 1971, et financé par les alcooliers, devenu Fondation pour la recherche en alcoologie (FRA) et hébergée par la Fondation de France en 2015 et qui a été finalement dissoute en 2019 (lien web) (13). Ce financement des alcooliers correspondait à une enveloppe de 200 000€/an distribuée à une trentaine d'équipes (projets d'environ 7 000€/an) (13). Cette place laissée à des financements par les alcooliers comblait très certainement le vide créé par le manque de financement de la recherche sur l'alcool qui n'était pas prioritaire en France. Toutefois, ce conflit d'intérêt ne

garantissait pas une indépendance des sujets prioritaires dans le domaine et a pu exclure des équipes de recherche ne souhaitant pas répondre à ce type d'appels d'offre.

La MILDECA souligne dans son plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (lien web), l'effort de recherche avec des fonds alloués à la recherche de 17M€ en 2015 (489 publications sur les addictions en 2015 en France, selon le Département de l'évaluation et du suivi des programmes de l'INSERM). Le fonds de lutte contre le tabac a été créé en décembre 2016 et a été élargi aux autres addictions pour devenir le fonds de lutte contre les addictions en 2019. Le budget dédié à la recherche, et géré par l'IReSP et l'INCa, était de 14.71M€ en 2020 sur un budget total de 115M€, soit un pourcentage de moins de 13% dédié à la recherche. Ces financements comprennent aussi un volet spécifique pour des allocations doctorales (thèse de sciences), avec 9 thèses financées en 2021 (appel en 2020) pour toutes les addictions et des programmes destinés au soutien de jeunes chercheurs, 8 financements accordés sur alcool et tabac en 2021. Il est donc important de constater que le financement de la recherche sur l'alcool, avec la possibilité de soutenir des projets d'envergure, est très récent en France.

Lorsqu'on regarde les 19 projets retenus par le Fonds de lutte contre les addictions, dans le cadre de l'appel à projets "Lutte contre les addictions aux substances psychoactives" 2021, dans les volets 1 (Addictions et Population Générale) et 3 (Addictions et pathologies autres que cancer), on constate que 5 projets (26%) concernent tout particulièrement la thématique alcool et qu'il y a à la fois des projets précliniques (recherche fondamentale sur la modélisation animale) et cliniques. Concernant les 8 candidats retenus en 2021 pour financement dans le cadre de l'appel à candidatures « Doctorants 2020 - Lutter contre les usages de substances psychoactives et les addictions, on constate qu'une seule thèse (12.5%) porte spécifiquement sur la thématique alcool. Au total, ces chiffres montrent que la recherche sur l'alcool en France ne représente qu'une part assez faible des thématiques financées.

Un autre problème évoqué précédemment est le faible nombre de chercheurs sur l'alcool en France. Bien évidemment il existe une corrélation positive entre le nombre de chercheurs et d'équipes de recherche d'un domaine avec le nombre de publications dans ce même domaine. Les jeunes docteurs en sciences formés en France sur la thématique de l'alcool partent très souvent à l'étranger pour une expérience post-doctorale et après plusieurs années il leur est très difficile de rentrer en France au vu du très faible nombre de postes (ce problème n'est pas spécifique au champ de recherche de l'alcool). Et quand bien même ils arrivent à revenir en France, il est peu probable qu'ils continuent leur carrière de recherche sur la thématique de l'alcool. C'est une problématique préoccupante qui demande une réponse concrète avec notamment un programme spécifique de retour en France pour les chercheurs sur l'alcool (et des autres domaines de recherche) à l'étranger et aussi un retour conditionné par des salaires attractifs car bien souvent ces chercheurs qui ont travaillé plusieurs années à l'étranger ont vu leur salaire revalorisé régulièrement. En France, le premier salaire d'un maître de conférences à l'Université est de 1 800€ nets (avant rattrapage lié à la reconnaissance des années d'expérience) ce qui peut être bien inférieur au salaire qu'ils percevaient à l'étranger.

Concernant les jeunes chercheurs, le fonds de lutte contre les addictions a aussi un appel d'offres spécifique géré par l'IReSP et l'INCa. Cet appel à candidatures s'adresse à des jeunes chercheurs ayant obtenu un doctorat au cours des dix dernières années, intéressés par les thématiques tabac et/ou alcool et qui souhaiteraient proposer des idées novatrices dans le champ de la recherche en sciences humaines et sociales, santé publique et recherche interventionnelle, afin de réduire les risques de cancers associés à ces substances psychoactives. C'est un dispositif collaboratif d'initiatives portées par de jeunes chercheurs, qui vise à développer une communauté scientifique sur ces thématiques. Son objectif est de repérer de quelles manières des chercheurs, travaillant sur des objets et champs de recherche autres que

tabac et/ou alcool, peuvent s'emparer de ces thématiques et participer ainsi à la faire progresser en proposant de nouveaux modèles, approches, méthodologies, protocoles scientifiques. En 2021, 8 candidats ont été retenus pour financement (735 000 €), (dont 3 sur Alcool, 2 sur Tabac et alcool).

Lorsqu'on regarde le nombre de membres et de chercheurs qui siègent dans les comités de direction des principales sociétés savantes européennes et internationales, les chiffres sont assez parlants. Il n'y a que 2 français dans les comités de l'ISBRA (Société qui a 589 membres dont 15 français en 2021). Il y'a 1 français dans le bureau de direction de l'ESBRA, qui en est d'ailleurs le président depuis 2022 (Société qui a 90 membres dont 5 français en 2021). Au total, la présence des chercheurs français dans les sociétés savantes européennes et internationale parait largement insuffisante.

En France, il semble assez clair que les financements pour les projets translationnels mêlant recherche clinique et recherche très fondamentale comme celle impliquant la modélisation animale font rarement l'objet d'appels à projet spécifiques. Il existe une délimitation marquée avec les projets cliniques principalement financés par les PHRC et les projets très fondamentaux financés par l'ANR. Même si l'ANR finance des projets translationnels, ils sont à notre connaissance très peu nombreux dans le champ de la recherche sur l'alcool. C'est donc un enjeu majeur de la recherche sur l'alcool en France et la création récente du fonds de lutte contre les addictions permettra très certainement de pallier le manque de financements. Il faut aussi souligner un problème structurel car en France les équipes de recherche clinique ou fondamentales sont souvent différentes et éloignées les unes des autres. Cela complique les interactions entre les cliniciens et les chercheurs du champ du fondamental et cela même lorsque les centres de recherche fondamentale sont localisés dans des CHU ou lorsque les cliniciens travaillent dans des instituts de recherche. C'est un sujet assez ancien et qui pour l'instant n'est pas vraiment pris en compte par les établissements et les autorités d'évaluation de la recherche. La recherche translationnelle nécessite des interactions fortes entre les services de soins et les services de recherche fondamentale. Ces interactions sont compliquées dans un contexte de manque de chercheurs sur l'alcool et de service d'alcoologie/addictologie qui sont souvent en difficulté et ont donc dû mal à pouvoir investir du temps dans la recherche. De plus, ces projets sont difficiles à évaluer car les évaluateurs disposent rarement de l'ensemble des compétences inhérentes à ce type de projets et peuvent avoir du mal à les évaluer dans leur globalité.

Parmi les grandes faiblesses de la recherche française on trouve aussi notamment le manque criant de postes de chercheurs et d'enseignants-chercheurs dans le champ de la recherche en alcoologie et les difficultés à financer des chercheurs post-doctorants dans un temps suffisamment long et avec des salaires décents. La loi Sauvadet qui a été mise en place avec l'idée originelle louable de limiter la précarisation des jeunes chercheurs ou des assistants de recherche en imposant aux instituts de recherche public de pérenniser les emplois en CDD en postes de fonctionnaires, au bout de 6 années a été dévoyée. Cette loi a contribué à précariser encore plus les jeunes chercheurs, car limiter le nombre d'années consécutives à pouvoir exercer un CDD est particulièrement délétère dans un contexte de très faible nombre de postes de chercheurs. La recherche aux Etats-Unis, par exemple, se caractérise par la possibilité de disposer de contrats pour les jeunes chercheurs leur permettant d'être soit impliqués sur des projets collectifs ou individuels, avec des possibilités de stabilisation dans un même laboratoire et avec le bénéfice de revalorisations régulières en fonction de leurs années d'expérience. Ce modèle n'est pas idéal, mais il est moins contraint que le modèle français. Le nombre de chercheurs, d'équipes de chercheurs voire d'instituts de recherche sur l'alcool est considérable aux Etats-Unis, ce qui de fait, rend difficile la compétitivité de la France vis-à-vis de ce pays qui finance la recherche sur l'alcool à hauteur de 570M$ par an.

4.3. Les journaux où sont publiés les articles

L'analyse bibliométrique montre que quarante journaux regroupent au moins 5 publications originales affiliées à la France. Parmi les 6 journaux dans lesquels les auteurs affiliés en France publient le plus on retrouve 3 journaux français : la Presse médicale, l'Encéphale-Revue de psychiatrie et les Annales médico-psychologiques. Certaines revues, comme par exemple la revue Alcoologie & Addictologie de la Société Française d'Alcoologie n'est pas référencée dans WoS. C'est clairement une des limites de la présente étude qui n'a pas dans la méthodologie employée permis de capturer l'ensemble de toutes les revues francophones/françaises.

Concernant les facteurs d'impact des 6 journaux identifiés, ils sont très faibles à moyens (Alcohol Clinical & Experimental Research : 3.45, Drug and Alcohol Dependence : 4.49, Addiction Biology : 4.28, Alcohol & Alcoholism : 2.82, la Presse médicale : 1.22, Encéphale-Revue de psychiatrie : 1.29 et les Annales médico-psychologiques : 0.38). Ces facteurs d'impact sont particulièrement faibles pour les revues françaises, ce qui peut bien entendu constituer un frein important à la motivation à publier dans ces revues. La recherche française pourrait bénéficier de la création de journaux référencés et avec de bons facteurs d'impact. Il est important de souligner que les revues françaises jouent un rôle majeur dans la dissémination de l'information scientifique auprès de nombreux professionnels de santé et des personnes concernées qui ne lisent pas ou n'ont pas accès aux revues de langue anglaise à comité de lecture international.

4.4. Cartographie des thèmes de recherche en France et comparaison à l'international

En France, la cartographie des familles de mots-clés révèle 6 clusters thématiques avec principalement les neurosciences en général, les autres substances tabac et cannabis, la biologie et les modèles animaux, la thérapeutique et les comorbidités, la toxicologie, et les études épidémiologiques. Les deux clusters qui concernent les neurosciences à savoir celui qui est plus sur la biologie et la modélisation animale et le deuxième qui comprend les explorations fonctionnelles, les mesures cognitives, les troubles neuropsychologiques et les programmes de sevrage sont assez intriqués. Cela suggère que le champ des neurosciences est très certainement celui pour lequel les interactions interdisciplinaires (clinique et préclinique) sont les plus développées en France. La recherche translationnelle sur les addictions et dans le domaine des neurosciences au sens large semble être un des points forts de la recherche française sur l'alcool. D'ailleurs des équipes de recherche focalisées sur l'alcool et sur le thème des neurosciences, des atteintes cognitives et de la prise en charge sont bien identifiées en France. A côté de ce bloc des neurosciences, on trouve aussi un bloc de plusieurs clusters plus centrés sur les études épidémiologiques et une particularité de la recherche française avec un cluster ou les aspects de la toxicologie de l'alcool sont particulièrement présents. Au total, la recherche sur l'alcool en France se caractérise donc par un intérêt particulier sur l'épidémiologie, la prise en charge thérapeutique, la prévention, les traitements, les essais cliniques, le syndrome de sevrage, la toxicologie et les études translationnelles dans le champ des neurosciences.

En général, les clusters sont assez éclatés/éloignés, ce qui provient très probablement de l'organisation des équipes de recherche et des types de financement. La cartographie des Etats-Unis montre, bien plus encore qu'en France, l'existence de peu de liens entre les approches cliniques/santé publique/épidémiologie et l'approche fondamentale/pharmacologie. Cette répartition différenciée est aussi très visible sur la cartographie de la Chine. Les cartographies du Royaume-Uni et de l'Australie montrent quant à elles que les différents clusters sont beaucoup plus intriqués. Cela semble indiquer qu'une approche multidisciplinaire serait plus facile à mettre en oeuvre dans ces pays.

En général, lorsqu'on compare les cartographies des différents pays, certains pays comme le Canada, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie présentent une organisation de la recherche qui parait similaire à celle de la France. Comparativement à la France, les cartographies révèlent aux Etats-Unis une recherche plus active sur les dépistages, les programmes d'intervention, la promotion de la santé et les soins primaires, et un plus grand focus sur les jeunes. En revanche, les traitements et la toxicologie semblent moins étudiés qu'en France. La thématique des populations vulnérables (sans abris, migrants, prisonniers, est plus visible dans les cartographies de la France et du Canada. Ce dernier présente une thématique sur le jeu pathologique – en lien avec celle de l'alcool - plus visible. Les thématiques de la toxicologie et des neurosciences qui caractérisent la cartographie de la France sont aussi retrouvées en Allemagne. Cette dernière présente une approche en imagerie fonctionnelle plus visible. La Chine se caractérise par une forte visibilité des méta-analyses, de la prise en compte simultanée de la problématique alcool avec celle du tabac et par un focus sur l'imagerie fonctionnelle et l'intelligence artificielle.

Au total, la France partage des similitudes d'organisation de la recherche (des thématiques) avec de nombreux pays mais elle possède aussi certaines spécificités comme par exemple la toxicologie qui est plus visible et aussi une délimitation assez marquée entre les champs de différentes disciplines.

4.5. Le manque de visibilité des sciences humaines et sociales

La recherche sur l'alcool réalisée dans le champ disciplinaire des sciences humaines et sociales (histoire, sociologie, anthropologie, science politique, économie, philosophie, éthique) est encore trop peu visible. En effet, les publications en sciences humaines et sociales sont mal indexées dans le WoS, notamment dû au fait que les journaux anglophones sont le plus représentés dans la base de données, comme mentionné précédemment. Cette moindre visibilité s'explique en partie par des stratégies différentes de publication et d'évaluation dans le champ des sciences humaines et sociales. Les chercheurs en sciences humaines sont incités à publier dans des revues françaises de leur discipline et de leur domaine de spécialité reconnues par leurs pairs qui sont rarement indexées dans le WoS. Le WoS est, en revanche, plus adapté aux sciences humaines et sociales dans le monde anglo-saxon, ce qui favorise la visibilité de leurs travaux avec une diversité de disciplines. La temporalité propre au domaine des sciences humaines et sociales peut être un autre facteur de moindre visibilité, quant à la quantité d'articles disponibles dans ces disciplines. La conception, le recueil de données, l'analyse et la valorisation des données se fait sur le temps long, en particulier lors de collectes de données ethnographiques, ce qui donne lieu à une production d'articles moins importante que dans d'autres disciplines. Cet élément est renforcé par le format des articles qui est souvent plus long dans les revues de sciences humaines et sociales, en comparaison à d'autres disciplines.

5. CONCLUSION

La France a cosigné ≈4% du corpus de la production mondiale d'articles originaux s'élevant à 25 311 titres rapportés par la requête, ce qui la place, avec 955 publications, au 8ème du classement et sa production est plutôt stable sur la période 2015-2020. La cartographie de la recherche sur l'alcool en France se caractérise notamment par un intérêt particulier sur l'épidémiologie, la toxicologie et les études translationnelles dans le champ des neurosciences. La France partage des similitudes d'organisation de la recherche (des thématiques) avec de nombreux pays mais elle possède aussi certaines spécificités comme par exemple la toxicologie qui est plus visible et aussi une délimitation

marquée entre les champs de différentes disciplines. Cette séparation inter-disciplinaire doit être réduite par une augmentation du soutien aux projets translationnels et des interactions plus fortes entre les chercheurs du champ du fondamental et de ceux du champ de la clinique ; et aussi avec ceux des champs de l'épidémiologie, de la santé publique et des sciences humaines et sociales. Le développement de la recherche sur l'alcool en France nécessitera certainement une augmentation du nombre de postes de chercheurs et des journaux scientifiques français à comité de lecture et indexés (et avec un « bon » facteur d'impact).

Il n'y a pas d'organisation nationale de la recherche sur l'alcool en France comme cela est le cas dans certains pays comme les Etats-Unis avec un institut dédié (NIAAA, budget de 570.2M$ en 2022). Il n'existe pas non plus de structure fédérative de recherche dédiée à l'alcool comme les Groupements de Recherche (GDR) ; c'est clairement un manque actuellement en France en termes de visibilité auprès des grands instituts de recherche et des financeurs. Les nouvelles opportunités d'organisation nationale comme la création du réseau national de recherche en alcoologie REUNIRA (https://reunira.fr ; créé et financé par la MILDECA en 2016 et renouvelé à 2 reprises grâce à des financements du Fonds de lutte contre les addictions permettront très certainement de rattraper un certain retard à l'international et de donner à la France une plus forte compétitivité dans le domaine de la recherche sur l'alcool.

Cependant, il faut certainement encore améliorer la reconnaissance de cette thématique comme une priorité nationale au vu des dommages sanitaires et sociaux considérables dans notre pays. Le champ de recherche des addictions en général, peut être perçu comme moins prioritaire que celui de la psychiatrie et, au sein même du champ des addictions, celui de l'alcool peut être perçu comme moins prioritaire comparativement par exemple aux autres substances voire aux addictions sans substances. L'alcool est pourtant la drogue qui crée le plus de dommages pour le consommateur (avec l'héroïne, le crack et la métamphétamine), son entourage et la société(14). La problématique de l'alcool est en proie à la fois au lobbying des industriels et des décideurs politiques qui ont encore une représentation beaucoup trop positive de l'alcool en France et pour qui l'alcool est un enjeu beaucoup plus économique ou électoral que de santé publique.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, JH, LH, LQ, MC, MS, EE, MN écriture de l'article, HJA, MJR, JH, LH, LQ, MC, MS, EA, MN; relecture et correction de l'article, XM, FG, FT et GH.; supervision, JH, LH, LQ, MC, MS, EE, MN; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent aucun lien ou conflit d'intérêt en lien avec la présente étude.

Citation de l'article : Etat des lieux de la recherche sur l'alcool en France : Analyse bibliométrique des publications originales entre 2015-2020 relatives à l'alcool en France et à l'international, Aubin HJ, Jauffret-Roustide M, Hebert J, Hoffmann L, Quéré L, Cipriano M, Simony M, Adjadj E, Naassila M, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(3) : 7-28.

Liens web :

https://bibliotheque.academie-medecine.fr/fonds-fra/

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf

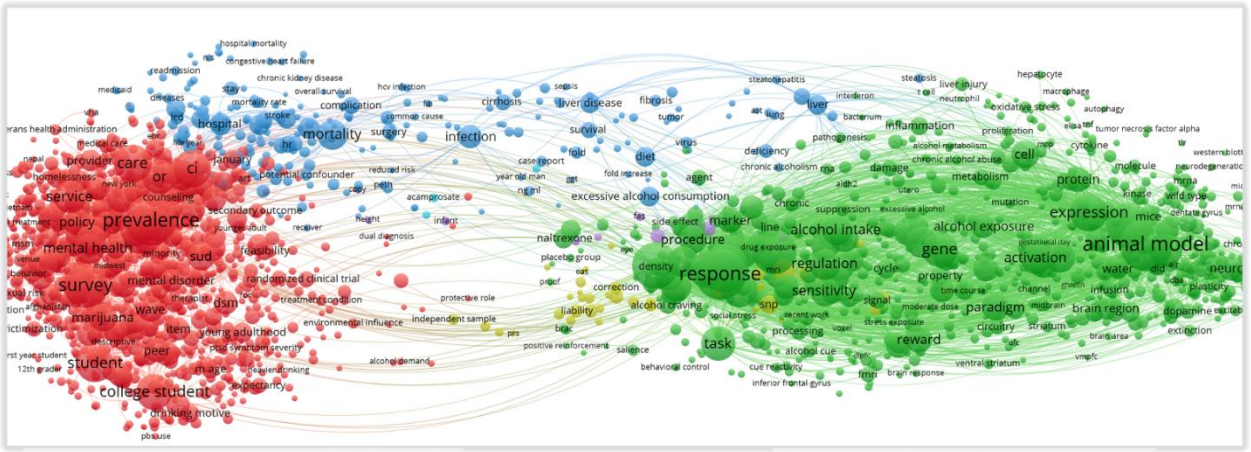
6. REFERENCES

1. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2018 Sep;392(10152):1015–35. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618313102
2. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. BEH [Internet]. 2015;(24–25):440–9. Available from: file:///S:/Publics/PEC/Bibliographie/Citavi/E
3. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiologique Hebd [Internet]. 2019;5–6:98–107. Available from: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
4. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. Tendances récentes et nouvelles drogues. Saint-Denis; 2015. Available from: file:///S:/Publics/PEC/Bibliographie/Articles
5. Moed HF, Burger WJM, Frankfort JG, Van Raan AFJ. The use of bibliometric data for the measurement of university research performance. Res Policy [Internet]. 1985 Jun;14(3):131–49. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0048733385900125
6. Valderrama Zurián JC, Bueno Cañigral FJ, Castelló Cogollos L, Aleixandre-Benavent R. The most 100 cited papers in addiction research on cannabis, heroin, cocaine and psychostimulants. A bibliometric cross-sectional analysis. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2021 Apr;221:108616. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871621001113
7. Khalili M, Rahimi-Movaghar A, Shadloo B, Mojtabai R, Mann K, Amin-Esmaeili M. Global Scientific Production on Illicit Drug Addiction: A Two-Decade Analysis. Eur Addict Res [Internet]. 2018;24(2):60–70. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/487590
8. Bramness JG, Henriksen B, Person O, Mann K. A Bibliometric Analysis of European versus USA Research in the Field of Addiction. Research on Alcohol, Narcotics, Prescription Drug Abuse, Tobacco and Steroids 2001-2011. Eur Addict Res [Internet]. 2014;20(1):16–22. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/348260
9. Savic M, Room R. Differences in Alcohol-Related Research Publication Output between Countries: A Manifestation of Societal Concern? Eur Addict Res [Internet]. 2014;20(6):319–23. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/363230
10. Sánchez-Carbonell X, Guardiola E, Bellés A, Beranuy M. European Union scientific production on alcohol and drug misuse (1976-2000). Addiction [Internet]. 2005 Aug;100(8):1166–74. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01135.x
11. Hebert J, Hoffmann L. Etat des lieux de la recherche française sur les addictions. Analyse bibliométrique. 2021.
12. van Eck NJ, Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. Scientometrics [Internet]. 2010 Aug 31;84(2):523–38. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11192-009-0146-3
13. Gorwood P, Hamon M. Recherche alcoologique française. La contribution du financement par l'industrie des boissons alcoolisées. Alcoologie et Addictologie. 2018;40(1):23–30.
14. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet [Internet]. 2010 Nov;376(9752):1558–65. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610614626

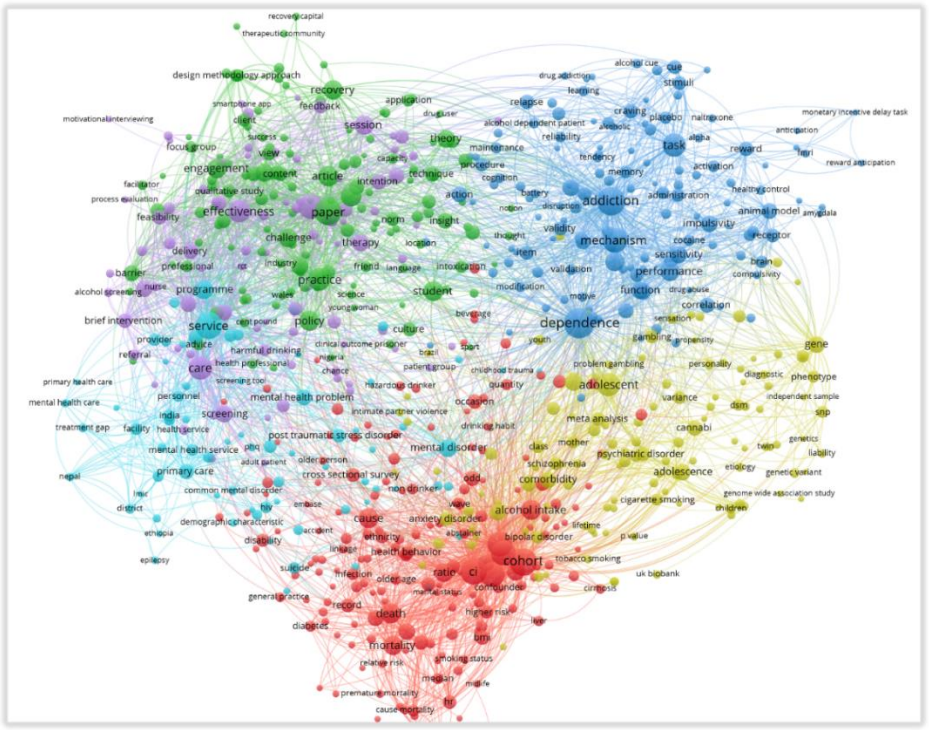
7. ANNEXES

25,311	(ts=((alcohol* and "unhealthy behavio*") or (alcohol* and "healthy behavio*") or (alcohol* addict*) or (alcohol* and "addictive practices") or (alcohol* and "addiction treatment*") or (alcohol* and "addiction therap*") or (alcohol* and "addiction medicine") or (alcohol* and "Behavioral addiction*") or "alcohol use disorder*" or "alcohol misuse" or "alcohol addicted patients" or "Drinking motiv*" or "chronic ethanol intake " or "acute use of alcohol" or "Alcohol Use Disorder" or "alcohol* disorder*" or "alcohol dependent" or "alcohol dependence" or "binge drinking " or "ethanol-related behavio*" or "Alcohol* Related Harm" or "Alcohol Seeking Behavior " or " HEDONIC DRINKING BEHAVIO*" or "alcohol drinking women" or "alcohol drinking men" or (baclofen and alcohol*) or "excessive drinking" or "Alcoholics Anonymous" or "alcoholic patient*" or "chronic alcoholism" or "excessive consumption of ethanol" or "excessive alcohol consumption" or "alcohol abuse" or "Heavy alcohol use" or "Heavy Drinker*" or "acute alcoholism" or "harmful alcohol consumption" or "Alcohol Pharmacotherapy") or so=("ALCOHOLISM-CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH" or "alcohol and alcoholism") or ti=((alcoholic same (woman or women or man or men)) or "Use of Alcohol" or alcoholism or "Alcohol abuse" or "alcohol consumption" or "alcohol drinking" or "alcohol misuse" or "alcohol cessation" or "alcohol addiction" or drunkenness or "Chronic alcohol feeding" or "Chronic alcohol consumption" or "excessive alcohol consumption")) not ts=(heroine* or hemp or "cannabis sativa" or pollen or "Transcriptional Addiction" or palliative or icu or "oncogenic addiction" or "copper addiction" or meat or "Non alcoholic fatty liver") and dt=article and py=2015-2020 not so=("journal of biological chemistry") *Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=1956-2021*
955	(ts=((alcohol* and "unhealthy behavio*") or (alcohol* and "healthy behavio*") or (alcohol* addict*) or (alcohol* and "addictive practices") or (alcohol* and "addiction treatment*") or (alcohol* and "addiction therap*") or (alcohol* and "addiction medicine") or (alcohol* and "Behavioral addiction*") or "alcohol use disorder*" or "alcohol misuse" or "alcohol addicted patients" or "Drinking motiv*" or "chronic ethanol intake " or "acute use of alcohol" or "Alcohol Use Disorder" or "alcohol* disorder*" or "alcohol dependent" or "alcohol dependence" or "binge drinking " or "ethanol-related behavio*" or "Alcohol* Related Harm" or "Alcohol Seeking Behavior " or " HEDONIC DRINKING BEHAVIO*" or "alcohol drinking women" or "alcohol drinking men" or (baclofen and alcohol*) or "excessive drinking" or "Alcoholics Anonymous" or "alcoholic patient*" or "chronic alcoholism" or "excessive consumption of ethanol" or "excessive alcohol consumption" or "alcohol abuse" or "Heavy alcohol use" or "Heavy Drinker*" or "acute alcoholism" or "harmful alcohol consumption" or "Alcohol Pharmacotherapy") or so=("ALCOHOLISM-CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH" or "alcohol and alcoholism") or ti=((alcoholic same (woman or women or man or men)) or "Use of Alcohol" or alcoholism or "Alcohol abuse" or "alcohol consumption" or "alcohol drinking" or "alcohol misuse" or "alcohol cessation" or "alcohol addiction" or drunkenness or "Chronic alcohol feeding" or "Chronic alcohol consumption" or "excessive alcohol consumption")) not ts=(heroine* or hemp or "cannabis sativa" or pollen or "Transcriptional Addiction" or palliative or icu or "oncogenic addiction" or "copper addiction" or meat or "Non alcoholic fatty liver") and dt=article and py=2015-2020 and cu=france not so=("journal of biological chemistry") *Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=1956-2021*

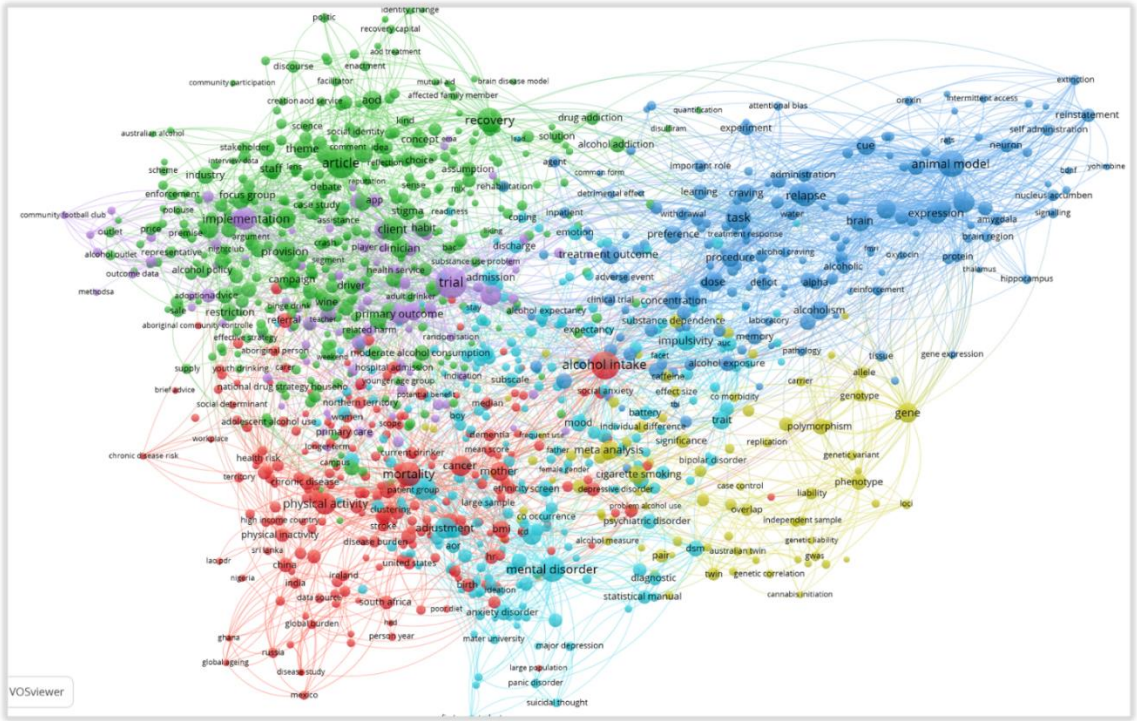
Annexe 1 : Liste des mots clés utilisés dans les différentes requêtes. Une requête sur le titre des articles avec des mots-clés assez équivoques, termes associés à l'alcool, ont été recherchés uniquement sur le titre des publications (ti) et une deuxième requête par mots-clés sur les titres, les résumés (abstracts) et sur mots-clés rattachés aux articles (ts).



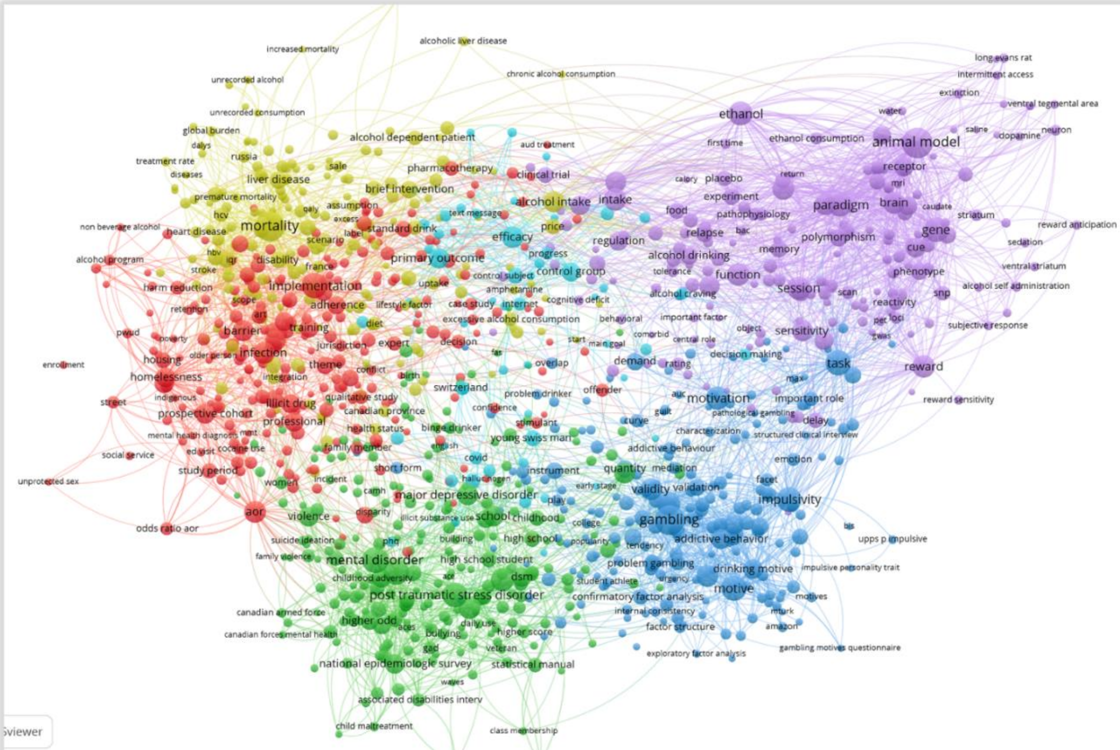
Annexe 2 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées aux USA.



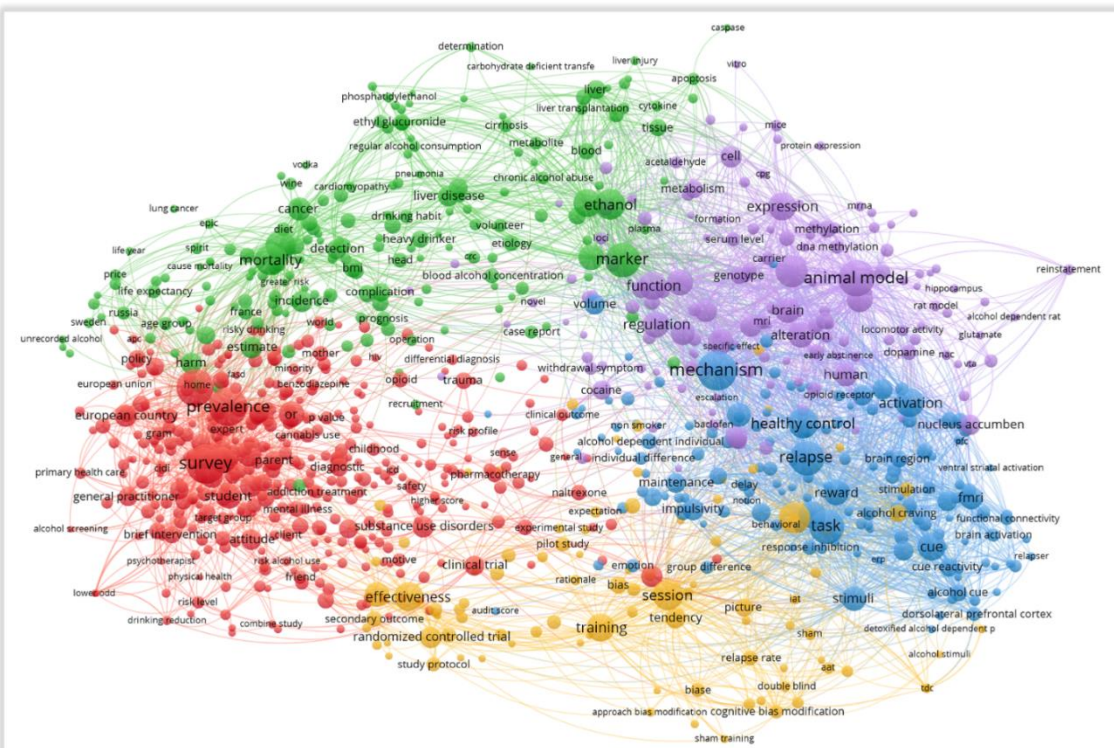
Annexe 3 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées au Royaume-Uni.



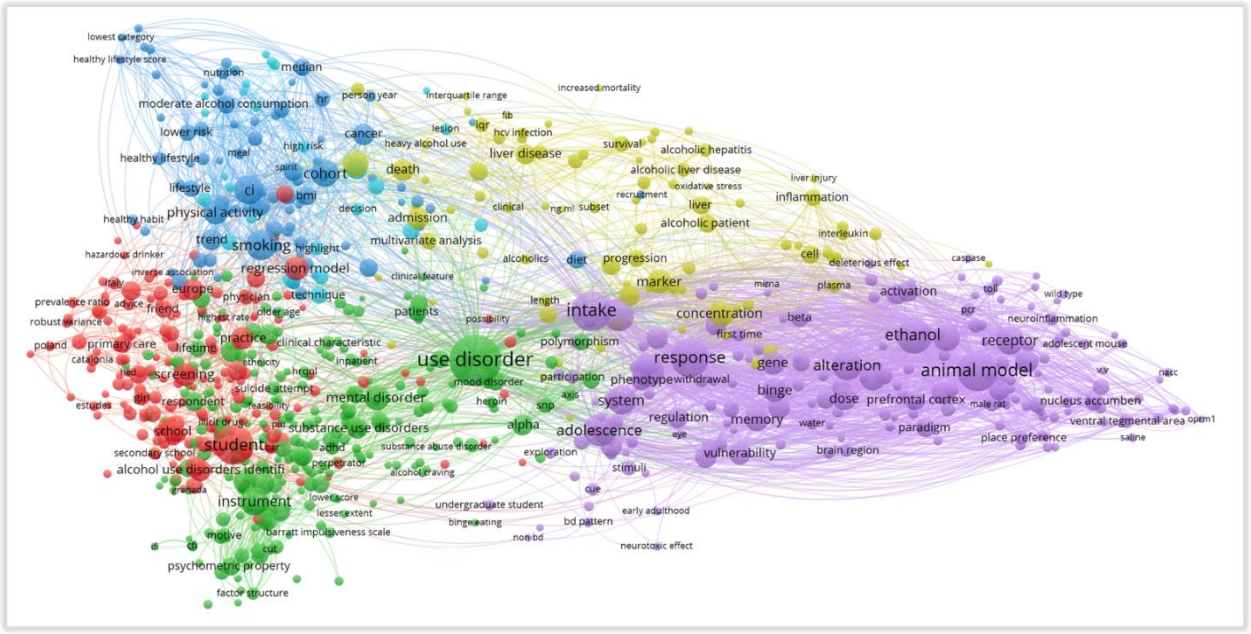
Annexe 4 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées à l'Australie.



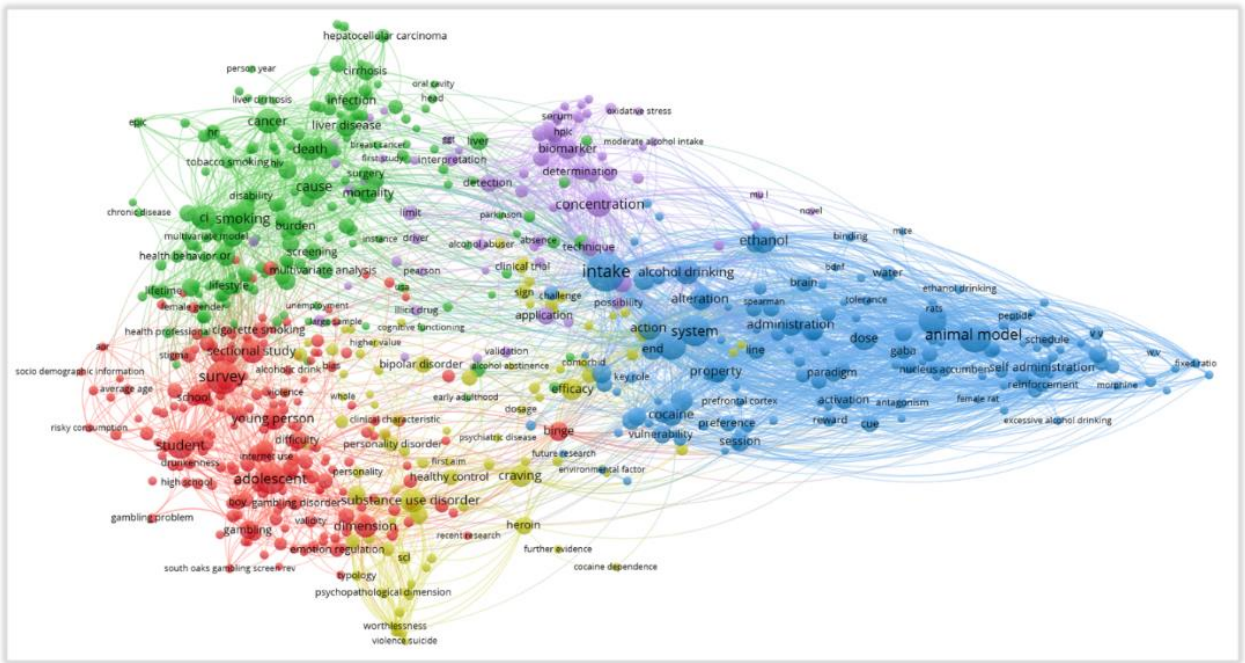
Annexe 5 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées au Canada.



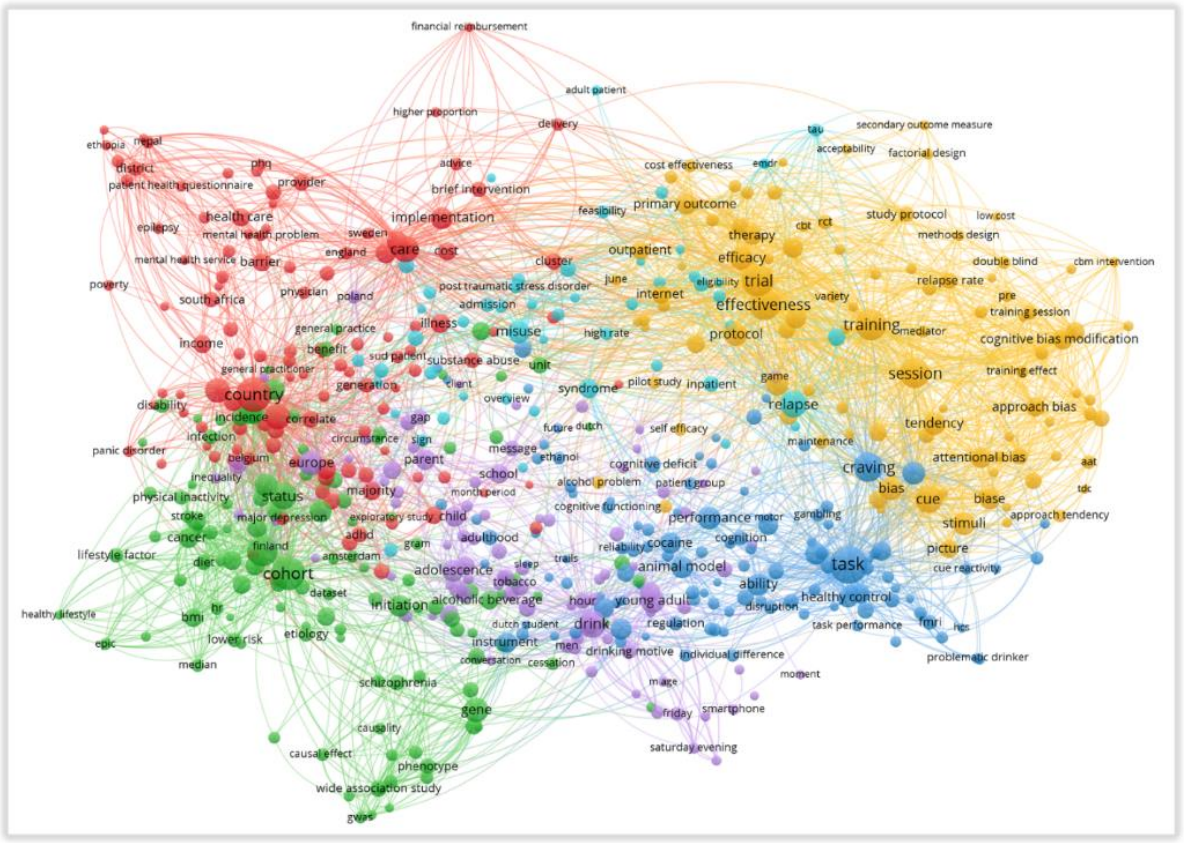
Annexe 6 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées en Allemagne.



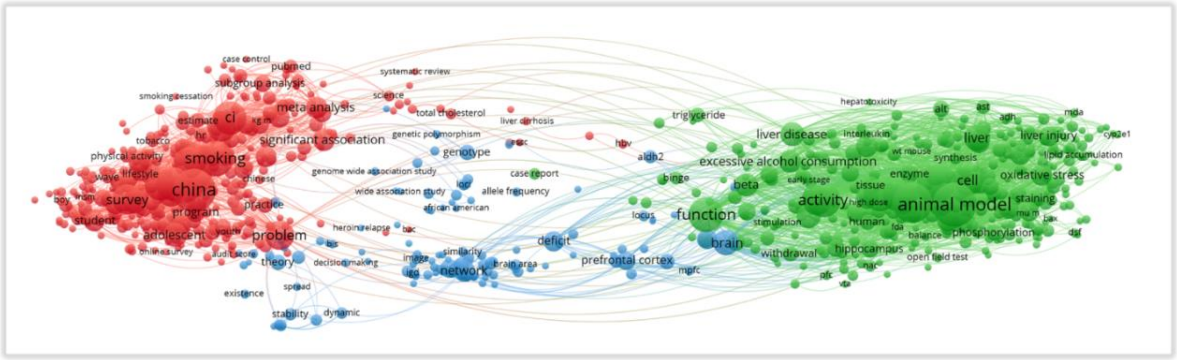
Annexe 7 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées en Espagne.



Annexe 8 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées en Italie.



Annexe 9 : Carte relationnelle des mots les plus fréquemment co-cités dans les publications affiliées aux Pays-Bas.



RECHERCHE

#MoisSansTabac 2018 : Bilan des actions recensées en Nouvelle-Aquitaine

Dumont Guillaume[1,*], Barbette Shona[2], Prothon Emmanuel[1], Castera Philippe[1,2]

[1] Département de médecine générale, Université de Bordeaux
[2] AGIR 33 Aquitaine, Ambassade du #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine
[*] Correspondance : Dumont Guillaume, MD, Département de médecine générale, Université de Bordeaux
drgdumont@gmail.com

Résumé : Contexte : depuis 2016, le #MoisSansTabac contribue à l'inflexion actuelle du tabagisme en France grâce à l'investissement des acteurs locaux. Chaque année, les actions réalisées dans le cadre de la campagne sont recensées sur la plateforme OSCARS. L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'ensemble des actions recensées pour le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine. Méthodes : Les données, recueillies sur la plateforme OSCARS via une enquête déclarative standardisée en ligne, ont fait l'objet d'une étude comprenant une analyse quantitative, une analyse des correspondances multiples, et une classification ascendante hiérarchique. Résultats : 541 actions ont été recensées en Nouvelle-Aquitaine pour le #MoisSansTabac2018, très riches et variées dans leurs formes. Des similitudes existent néanmoins, et ont conduit à l'identification de 5 profils types desquels se rapprochent un grand nombre d'actions. Les jeunes ont constitué la première cible spécifique avec 143 actions. Les femmes enceintes n'ont bénéficié que de 11 des actions recensées. De fortes hétérogénéités territoriales ont été retrouvées au sein de la région. Conclusion : Cette étude a permis de repérer de nombreuses disparités selon les territoires, les publics ou les acteurs impliqués, qu'il convient d'explorer davantage afin de préciser les cibles potentielles d'amélioration pour les éditions futures du #MoisSansTabac

Mots-clés : Usage de tabac ; Arrêt de la consommation de tabac ; Marketing social ; Promotion de la santé ; Recherche qualitative

Abstract : Context : Since 2016, #MoisSansTabac has been contributing to the current decline in smoking in France thanks to the investment of local actors . Each year, the actions carried out as part of the campaign are recorded on the OSCARS platform. The main objective of this study was to analyze all the actions recorded for #MoisSansTabac 2018 in Nouvelle-Aquitaine. Methods : The data, collected on the OSCARS platform via a standardized declarative online survey, were the subject of a study comprising quantitative analysis, multiple correspondence analysis, and hierarchical ascending classification. Results : 541 actions were identified in Nouvelle-Aquitaine for #MoisSansTabac 2018, which were very rich and varied in their forms. Nevertheless, there were a number of similarities, which led to the identification of 5 typical profiles, from which a large number of actions were similar. Young people were the first specific target group, with 143 actions. Pregnant women benefited from only 11 of the actions identified. There was considerable regional heterogeneity within the region. Conclusion : This study identified numerous disparities between regions, audiences, and players involved, which need to be explored further in order to identify potential targets for improvement for future editions of #MoisSansTabac

Key-words : Tobacco use ; Smoking cessation ; Social marketing ; Health promotion ; Qualitative research

1. INTRODUCTION

Le tabagisme représente toujours en France la première cause de mortalité évitable, en étant à l'origine de près d'un décès sur huit (1). Outre cette mortalité, il entraine également une importante morbidité en étant impliqué dans la survenue de nombreuses pathologies responsables d'une perte d'autonomie plus précoce et de la survenue de handicaps. Le tabagisme est également un facteur d'accroissement des inégalités sociales : il est responsable à lui seul de près de la moitié de la différence d'espérance de vie entre les extrêmes de catégories sociales (2). Il représente un coût très lourd pour la société, lié à la prise en charge sanitaire et sociale de ces pathologies chroniques, estimé en 2010 à 120 milliards d'euros net (3, 4). Enfin, le tabagisme entraine un impact fort sur le temps médical, lié là aussi à la prise en charge de ces pathologies chroniques.

Toutes ces raisons ont justifié la mise en place de mesures de santé publique fortes destinées à la lutte contre le tabagisme, en particulier ces dernières années. Parmi ces mesures récentes figurent les hausses de prix répétées et régulières des produits du tabac, l'instauration du paquet neutre, le remboursement des traitements substitutifs nicotiniques, et la mise en place du #MoisSansTabac depuis 2016 (5). Inspirée du britannique Stoptober couronné de succès (6), cette campagne nationale de lutte contre le tabagisme vise à promouvoir l'arrêt du tabac chez les fumeurs, et également à diminuer l'entrée dans le tabagisme de la population, en particulier chez les jeunes. L'ensemble de ces politiques de santé publique parait efficace, puisque qu'un véritable décrochage du tabagisme a été enregistré depuis 2016, avec environ 1,6 millions de fumeurs en moins sur deux ans (soit une baisse de 12%) selon le baromètre annuel de santé publique (7). Le contexte actuel est donc favorable, et incite à poursuivre les efforts entrepris par ces mesures, notamment en poursuivant le développement du #MoisSansTabac.

Le #MoisSansTabac repose sur une communication nationale via de nombreux médias, la mise en place d'un accompagnement personnalisé au sevrage tabagique grâce au site Tabac-info-service et à une ligne téléphonique dédiée, et l'investissement local d'acteurs de terrains. Chaque année, ces acteurs locaux visent à promouvoir le #MoisSansTabac et le sevrage tabagique par le biais d'évènements destinés à la prévention primaire ou secondaire du tabagisme, et caractérisés par un lieu et un public défini. Ces évènements sont appelés des actions.

Les actions sont recensées par les acteurs eux-mêmes sur la plateforme OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), qui comporte un module spécifiquement dédié au #MoisSansTabac (8). L'objectif de cette étude était d'analyser l'ensemble des actions recensées pour l'édition 2018 en Nouvelle-Aquitaine, région fortement touchée par le tabagisme, avec une prévalence de fumeurs quotidiens estimée à 27,4% pour une moyenne nationale à 26,9%. Le but recherché était d'explorer la diversité des acteurs et des actions, leurs éventuelles corrélations, d'identifier les points forts et les points faibles de la campagne #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine, et de proposer des pistes d'améliorations pour les éditions futures.

2. METHODOLOGIE

2.1. Recueil de données

Les données utilisées ont été recueillies par le biais de la plateforme OSCARS, qui recense l'ensemble des actions réalisées lors du #MoisSansTabac via une enquête déclarative standardisée en ligne constituée de fiches-actions, auto-remplies par les acteurs. La fiche-action comporte une série de questions à réponses fermées permettant notamment d'identifier la structure à l'origine de l'action, le lieu de l'évènement, le public ciblé, ou encore le vecteur utilisé pour toucher le public. Chacune de ces questions à choix multiples

peut être assimilée à une variable pouvant s'exprimer par plusieurs modalités, représentées par les choix de réponses standardisées possibles. Des questions ouvertes permettent d'apporter des précisions, ou encore des commentaires libres sur l'action, son impact, ou les difficultés rencontrées lors de sa mise en place. Pour l'édition 2018 en Nouvelle-Aquitaine, les actions ont été recensées du 26 octobre 2018 au 31 mars 2019.

2.2. Traitement des données

Dans un premier temps, ces données brutes ont subi un traitement afin de pouvoir être analysées. Ainsi, certaines modalités présentes sur la fiche-action de la plateforme OSCARS ont été fusionnées lorsqu'elles décrivaient une structure ou un public comparable. Cela a été le cas par exemple pour les types de structure « Lycée », « Collège », « Enseignement supérieur » et « Autre organisme de formation professionnelle », qui ont tous été regroupés sous la modalité « Etablissement d'enseignement ». De la même manière, les modalités « Préadolescents », « Adolescents », « Jeunes 19-25 ans » et « Etudiants » ont été fusionnées au sein d'une nouvelle modalité « Jeunes de moins de 26 ans » afin de mieux refléter la réalité des actions menées à leur intention. Certaines modalités ont été supprimées lorsqu'elles n'étaient jamais présentes seules et étaient systématiquement associées à une autre, comme « Homme », « Femme », ou « Habitants ». Une modalité « Professionnel de santé libéral », absente de la fiche action originale, a été créée et a regroupé lesdits professionnels ayant coché, pour la plupart « Etablissement de santé » ou « Autre » pour définir leur identité.

2.3. Méthodes d'analyse statistique

Ces actions ont d'abord fait l'objet d'une analyse globale, permettant d'effectuer un premier bilan de leur diversité, d'identifier les types d'acteurs majoritaires à l'origine des actions recensées, mais aussi les publics ciblés, ou encore les disparités géographiques évidentes.

Par la suite, une seconde analyse a eu pour but de rechercher des liens statistiques entre les différentes modalités définissant chaque action. Pour ce faire, chaque action a été considérée comme une unité statistique définie par 4 variables sélectionnées parmi celles de la fiche-action (type de structure, lieu de l'action, public ciblé et type d'action) et pouvant s'exprimer par un grand nombre de modalités différentes. Par exemple, la variable « type de structure » pouvait s'exprimer par 11 modalités distinctes, parmi lesquelles on retrouvait les établissements de santé, les associations du secteur de la santé, les établissements d'enseignement, ou encore les entreprises.

Une analyse des correspondances multiples (ACM) a été menée sur ces données. Il s'agit d'une méthode factorielle permettant d'analyser un grand nombre d'individus définis par plusieurs variables, pouvant chacune s'exprimer par de nombreuses modalités standardisées. La finalité de cette méthode était de rechercher des corrélations entre les modalités, par exemple entre un type de structure et un type de public.

Enfin, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a été menée sur les coordonnées factorielles des modalités obtenues par l'ACM, et a permis de toutes les regrouper en 5 classes selon leur proximité statistique. Concrètement, la CAH a permis de dégager 5 profils types d'action recensées sur la plateforme OSCARS, à partir des modalités qui composaient chacune de ces 5 classes.

Les données utilisées par cette étude sont publiques et consultables en accès libre sur www.oscarsante.org. Elles sont anonymes quant à l'identité des personnes, et le partage d'OSCARS est autorisé en l'absence d'utilisation commerciale.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels EXCEL et XLSTAT. Cette étude a été menée dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

3. RESULTATS

3.1. Résultats quantitatifs : une mobilisation importante mais disparate

546 actions ont été recensées sur la plateforme OSCARS pour cette édition, ce qui classe la Nouvelle-Aquitaine comme étant la deuxième région de France en nombre d'actions, derrière les Hauts-de-France (1017 actions) et devant l'Ile-de-France (500 actions). Parmi ces 546 actions, 161 constituent des actions reconduites ayant déjà été menées l'année précédente (soit 29,5%).

Les structures à l'origine du plus grand nombre d'actions ont été les établissements de santé (139 actions), les établissements d'enseignement (109 actions), les collectivités (61 actions), les associations du secteur de la santé (47 actions) et les entreprises privées (46 actions). Les professionnels de santé libéraux ont été à l'origine de 13 des actions recensées.

En considérant les publics ciblés, on remarque que les jeunes de moins de 26 ans ont représenté la première cible spécifique (c'est-à-dire en excluant les actions visant le « Tout public »), avec 143 actions à leur intention. Parmi les publics fragiles, les personnes en difficulté socio-économique ont également été particulièrement ciblées, et ont fait l'objet de 51 actions spécifiques. Les femmes enceintes, à l'inverse, n'ont fait l'objet que de 11 actions recensées.

La mobilisation a été très hétérogène selon le département considéré, bien au-delà des particularités démographiques, avec un nombre d'actions pour 10 000 habitants variant de 0,3 (Deux-Sèvres) à 3,5 (Creuse), soit un facteur 11. Au sein même d'un département, on remarque d'une manière générale que les actions se sont concentrées dans les grandes villes, faisant apparaitre de larges territoires vierges de toute action en zones rurales.

Enfin, les vecteurs (type d'action) utilisés ont fait appel en majorité à la tenue de stand et à l'affichage (352 actions), puis aux consultations (152 actions) et aux ateliers collectifs (119 actions). Notons qu'environ la moitié des actions recensées ont utilisé plusieurs vecteurs pour toucher leur public, associant souvent la tenue de stand comme première approche à un second vecteur plus spécifique.

3.2. Résultats de l'ACM : des associations statistiques notables

Parmi les 546 actions recensées sur OSCARS pour le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine, 22 ont été exclues de l'ACM car elles étaient incomplètes pour une ou plusieurs des variables étudiées. 524 actions ont donc été inclues pour cette analyse, regroupant un total de 95 modalités distinctes.

L'ACM a permis de repérer des associations statistiques fortes et spécifiques entre un certain nombre de modalités. Parmi ces associations, certaines lient un public à un type de structure. Ainsi, les « établissements de santé » sont fortement associés au public « patients + salariés », les « entreprises » aux « salariés », et les « établissements d'enseignement » aux « jeunes ». Si ces liens statistiques paraissent évidents, ils semblent tout de même suggérer que les actions menées par les établissements de santé se sont essentiellement concentrées sur leur personnel (« salariés ») et leurs « patients », peut-être sans vraiment sortir de leur enceinte propre. Le même constat peut être imaginé pour les entreprises, qui semblent avoir visé presque exclusivement leurs propres salariés.

Des associations statistiques spécifiques peuvent être retrouvées entre les départements et les autres modalités, ce qui suggère des actions différentes en termes de structures impliquées, de publics ciblés, et de vecteurs utilisés d'un département à l'autre. On retrouve notamment une association forte entre le public « jeunes » et le département « Gironde », qui concentre 37% des actions de Nouvelle-Aquitaine recensées à leur intention. De la même manière, un lien statistique fort est retrouvé entre les « établissements d'enseignement et la « Gironde » (49% des actions menées par ces structures). A l'inverse, aucune ciblant les jeunes ni menée par un établissement d'enseignement n'a été rapportée dans les départements Charente et Lot-et-Garonne.

3.3. Cinq profils types

La classification ascendante hiérarchique a, elle, permis de regrouper toutes les modalités en 5 classes distinctes, qui représentent des profils types d'action formés par des associations fréquentes de modalités. Chacun de ces profils ne représente pas un modèle unique d'action, mais plutôt un sous-ensemble pouvant regrouper plusieurs schémas d'actions. Ceci explique la coexistence de modalités parfois opposées, mais pouvant présenter un lien indirect par le biais d'une modalité tiers, au sein d'un même profil. Cinq actions réelles ayant pris place lors du #MoisSansTabac 2018 et s'inscrivant dans les profils identifiés sont présentées en guise d'exemples.

Le Profil 1 regroupe les actions menées par les établissements d'action sociale, les associations hors secteur de la santé ou les professionnels de santé libéraux, ciblant les patients, les personnes en difficulté socio-économiques, les salariés et les jeunes, ou les personnes handicapées, par le biais d'affichage associé à des consultations, ou d'actions mixtes.

Exemple 1 : A Limoges (Haute-Vienne), le secours populaire a mis en place une action visant les personnes en difficulté socio-économique au sein d'une structure de distribution d'aide alimentaire, par le biais de séances d'information et l'organisation de consultations sans délais par un tabacologue.

Le Profil 2 regroupe les actions menées par les collectivités, les associations du secteur de la santé, l'Assurance Maladie ou les services déconcentrés de l'Etat, ciblant un public large non spécifique, par le biais d'ateliers collectifs, de manifestations ou d'actions mixtes comprenant de l'affichage.

Exemple 2 : A Bergerac (Dordogne), la mission locale a organisé une action ciblant les citoyens locaux, avec la mise en place d'ateliers collectifs sous forme d'échanges sur le tabac à partir d'un photolangage. Quatre séances ont été menées.

Le Profil 3 regroupe les actions menées par les structures d'enseignement et les entreprises, ciblant les jeunes, les salariés et parfois plus spécifiquement les jeunes en difficulté, par le biais d'actions mixtes associant réunions et/ou affichage, consultations ou manifestations évènementielles.

Exemple 3 : A Lesparre-Médoc (Gironde), une action a été menée au sein du lycée Odilon Redon, avec projection d'un film suivi d'un débat en présence d'une infirmière, tenue d'un stand dans la cour de l'établissement animé par une diététicienne et coach sportive, échanges avec une psychologue sur l'addiction au tabagisme.

Le Profil 4 regroupe les actions menées par les établissements de santé, ne ciblant pas un seul public spécifique pour la plupart, mais avec quelques actions ciblant précisément les femmes enceintes ou les populations précaires, par le biais de consultations et de réunions.

Exemple 4 : Le Centre Hospitalier d'Angoulême (Charente) a mené une action ciblant les patients des consultations préopératoires externes d'orthopédie, en proposant à chacun d'entre eux une consultation de tabacologie sans délais avec un infirmier ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie), dans le but d'initier un arrêt du tabac permettant notamment une réduction des complications post-chirurgicales.

Le Profil 5 regroupe les actions ciblant le grand public par le biais d'affichage, la tenue de stand et la distribution de documentation, et n'était pas associée à un type de structure en particulier.

Exemple 5 : A Guéret (Creuse), le collectif Creuse sans tabac a tenu un stand à destination du grand public au sein d'un supermarché, avec l'objectif d'informer sur le tabagisme et les possibilités de sevrage, en utilisant les outils développés par Santé Publique France.

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude reposent sur le nombre important d'actions étudiées (546) grâce à l'investissement important des acteurs de Nouvelle-Aquitaine, un manque de données minimal assuré par la plateforme OSCARS et le travail de communication des équipes organisatrices du #MoisSansTabac (Santé Publique France, l'ARS Nouvelle-Aquitaine, l'ambassade du #MoisSansTabac AGIR 33 Aquitaine), ainsi que des méthodes d'analyse statistique variées et originales.

Les limites de cette étude sont essentiellement constituées par le manque de données non chiffrable que représentent les actions non recensées sur OSCARS par leurs auteurs, faisant de cette étude un reflet partiel et incomplet du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine. En effet, on peut imaginer que certains acteurs libéraux, structures non financées ou n'ayant pas besoin de « faire savoir » leurs actions, n'aient pas pris la peine de remplir les fiches OSCARS. On notera également, parmi les autres limites, l'existence de quelques fiches-actions mal remplies n'ayant pu être utilisées pour l'étude (22 fiches exclues), les failles de la fiche-action d'OSCARS ayant nécessité des corrections par le traitement des données, et enfin la variance importante des données ayant compliqué l'établissement de profils-types nets.

4.2. Principaux enseignements

4.2.1. Des actions riches et nombreuses

Cette étude a mis en lumière la grande variété des actions mises en place lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine. La plupart des publics ciblés ont en effet fait l'objet d'actions très diverses, avec en première ligne les actions visant le grand public, qui ont fait appel à tous les types de vecteurs possibles et ont été menées par une myriade d'acteurs différents. Cette richesse témoigne de l'investissement important des acteurs locaux, qui ne cessent de développer de nouveaux modes d'actions toujours plus variés dans leur forme grâce à l'expérience accumulée au terme des deux précédentes éditions.

4.2.2. Les organismes publics, majoritaires

Les structures à l'origine du plus grand nombre d'actions sont essentiellement des organismes publics ou parapublics. Ainsi, les établissements de santé ont été retrouvés en première position, suivis des structures d'enseignement, puis des collectivités. A l'exception des entreprises, qui ont mené 46 actions, les structures privées semblent très minoritaires parmi les acteurs à l'origine des actions recensées sur la plateforme. Ceci est probablement lié au financement accordé aux organismes publics pour la réalisation d'actions, ainsi qu'aux incitations à reporter leurs actions sur la plateforme, qu'il pourrait être opportun d'étendre aux acteurs du privé.

4.2.3. Des disparités territoriales flagrantes

L'investissement des territoires a été très hétéroclite, tant en termes quantitatifs que qualitatifs. Certains départements ont ainsi vu l'éclosion de 11 fois plus d'actions par habitant que leurs voisins, tandis que d'autres ont semblé délaisser les actions à l'égard de populations prioritaires comme les jeunes. Il est probable qu'une partie au moins de ces différences puisse être expliquée par des écarts de financement et de ressources professionnelles d'un département à l'autre, ainsi que par des sollicitations à effectuer des actions, et à les remonter, variables selon les territoires concernés. Les résultats de cette étude pourraient être mis en perspective avec les moyens alloués par les instances, afin de réajuster si nécessaire les incitations mises en œuvre pour les éditions futures. Au Royaume-Uni, les évaluations de Stoptober ont montré que l'efficacité de la campagne d'une année sur l'autre semblait corrélée au budget qui y était alloué (9). Si l'on imagine ces résultats transposables, il est probable qu'augmenter le budget consacré au #MoisSansTabac dans un département ait un impact positif sur l'efficacité de la campagne au sein de ce même département. De même, des départements ont pu privilégier des actions sur l'année au détriment d'actions ponctuelles sur le #MoisSansTabac, ce qui a été le cas du Lot et Garonne par exemple. Mais ceci est aussi opérateur dépendant, certains étant plus investis sur le tabac que d'autres, de façon inégalement répartie selon les territoires.

4.2.4. Des professionnels de santé libéraux peu investis dans la réalisation d'actions ?

Les professionnels de santé libéraux n'ont réalisé que 13 des actions recensées en Nouvelle-Aquitaine. Il est probable que le temps nécessaire à la mise en place d'une action, couplé à l'absence de rémunération d'un tel investissement, aient constitué des freins importants pour eux. Une étude française semble également montrer que certains professionnels de santé libéraux attendaient que leur place au sein de cette campagne soit clarifiée, et préconisait de repenser le rôle que l'on attendait d'eux, ainsi que la communication à leur égard (10). Malgré cela, il est à noter que les ventes de traitements de substitution nicotinique ont explosé en 2018, avec une hausse de 125% par rapport à l'année précédente, et un pic atteint lors du mois de novembre (11). Cette hausse majeure, favorisée par la mise en place de leur remboursement à 65% par l'Assurance Maladie, témoigne d'une implication des professionnels de santé libéraux sous une autre forme que par la réalisation d'action lors du #MoisSansTabac. Ceci est sans doute à mettre en relation avec le fait que le principal obstacle à l'investissement des médecins généralistes est l'absence de demande du patient (12). Le marketing social en Novembre joue sans doute un rôle important dans l'augmentation de la demande de prescription, et donc d'aide, de la part des fumeurs. Ainsi, l'essentiel serait de favoriser les parcours des patients vers l'arrêt, chaque action et chaque acteur ayant sa place selon des modalités spécifiques.

4.2.5. Les jeunes, une cible prioritaire

En ce qui concerne les publics ciblés par les actions, la place majoritaire accordée aux jeunes est très encourageante, et s'inscrit avec succès dans les objectifs du Plan national de lutte contre le Tabac 2018-2022, et de son objectif ambitieux d'une génération sans tabac atteinte d'ici 2035 (13). En effet, ils ont constitué le premier public spécifique en nombre d'actions. Les établissements d'enseignement et les associations se sont beaucoup investis envers eux, et ont su développer des actions nombreuses et très diverses pour essayer de les toucher.

4.2.6. Les femmes enceintes, peu ciblées par les actions ?

En France, la prévalence de tabagisme au 3° trimestre de la grossesse est de 16,2%, et atteint même les 22,9% en Nouvelle-Aquitaine (14). Pour ces raisons, les femmes enceintes devaient constituer un des publics prioritaires du #MoisSansTabac 2018. Elles n'ont cependant été ciblées spécifiquement que par 11 des actions recensées. Toutes ces actions ont été menées par des établissements de santé, essentiellement des maternités. Si ces structures de soins représentent les principaux lieux de regroupement de femmes enceintes, on peut tout de même penser que d'autres acteurs pourraient mener des actions à leur bénéfice, comme les associations, ou encore certains professionnels de santé libéraux spécialisés en obstétrique (gynécologues libéraux, sages-femmes).

Dans leur forme, 60% de ces 11 actions recensées sur la plateforme ont comporté des consultations médicales. A l'inverse, certains vecteurs n'ont que peu été utilisés, comme l'affichage et la tenue de stand, les manifestations évènementielles, ou encore la tenue d'ateliers collectifs. Au total, les actions ciblant les femmes enceintes ont donc été peu nombreuses et peu variées dans leur forme, ce qui est probablement dû en partie aux faibles effectifs de ce public particulier, ainsi qu'à la rareté des lieux les regroupant, en dehors des maternités. Toutefois, il pourrait être intéressant d'évaluer la faisabilité et l'efficacité potentielle d'autres actions, impliquant d'autres types d'acteurs, dans un contexte différent de celui d'une maternité, et reposant sur d'autres formes de vecteurs.

5. CONCLUSION

L'étude de l'ensemble des actions recensées sur la base OSCARS, malgré le manque de données relatif aux actions non déclarées, a permis une analyse approfondie. Celle-ci montre des disparités territoriales notables, qu'il pourrait être intéressant de communiquer, afin de faire réagir les acteurs les moins mobilisés, que ce soit dans la réalisation ou dans le recensement de leurs actions. La mise en évidence de ces disparités appelle à une analyse de la communication entre les institutions et les acteurs de terrains, dans un sens comme dans l'autre, et des incitations financières et humaines mises en œuvre selon le territoire. Si des failles étaient repérées à l'un de ces niveaux, il serait intéressant de rechercher les leviers permettant de les corriger. L'investissement des professionnels libéraux a été faible en termes d'actions, mais reste important pour la prescription des substituts nicotiniques. Les femmes enceintes n'ont bénéficié que d'un faible nombre d'actions, parmi celles recensées, malgré leur statut de public prioritaire, ce qui pourrait justifier un accroissement de la communication et des moyens alloués à la mise en place d'actions à leur bénéfice. Les jeunes, au contraire, ont représenté le public spécifique le plus ciblé, et ont bénéficié d'actions extrêmement variées dans leur forme.

L'établissement des 5 profils types montre que des modèles d'actions émergent. Toutes les actions ne sont pas analogues à ces profils types, mais elles en sont pour la plupart des dérivés, y empruntant des

ressemblances plus ou moins importantes. Ces profils types pourraient faire l'objet d'une analyse quant à l'efficacité des actions qu'ils représentent, et pourraient le cas échéant être utilisés pour l'élaboration de guides de recommandations pratiques à destination des acteurs locaux, en présentant des schémas d'actions éprouvés et reproductibles. En effet, il y aurait une incohérence à jouer sur la quantité des actions, sans savoir si elles sont efficaces et sans favoriser celles qui le sont le plus.

Enfin, afin de faciliter les évaluations futures du #MoisSansTabac, il serait pertinent d'inciter encore davantage les acteurs à recenser leurs actions, et surtout de simplifier la fiche-action OSCARS. Ceci pourrait permettre d'effectuer un bilan plus exhaustif des actions menées lors de la campagne qu'il n'est possible de le faire actuellement.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt

Citation de l'article : #MoisSansTabac 2018 : Bilan des actions recensées en Nouvelle-Aquitaine, Dumont G, Barbette S, Prothon E, Castera P ,Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(3) : 29-37.

6. REFERENCES

1. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S. Les décès attribuables au tabagisme en France. Denières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2016;13.
2. Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166 130 adults in 15 European studies. PloS one, 2012.
3. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT. 2015;10.
4. Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tob Control. mai 2014;23(3):223-30.
5. Gallopel-Morvan K, Guignard R, Smadja O, Mercier A, Safta E, Davies J. '#MoisSansTabac': The first collective challenge for smoking cessation launched by Santé publique France. Hastings G. Domegan C, editors. 2018;444-52
6. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? Drug Alcohol Depend. 1 févr 2014;135(100):52-8.
7. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):270-1.
8. Cornec N. Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. INPES. 2014;73.
9. MAG K, West R, Bear EV, Brown J. Impact of the "Stoptober" Smoking Cessation Campaign in England From 2012 to 2017 : A Quasiexperimental Repeat Cross-Sectional Stud. Nicotine & Tobacco Research. 2019.
10. Quatremere, G, Guignard, R, Andler, R, Pasquereau, A, & Nguyen Thanh, V. Perceptions of health professionnals in a French social marketing campaign against smoking: Guillemette Quatremère. European Journal of Public Health, 29. 2019
11. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. OFDT. 2019;9.
12. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes installés libéraux(VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2018. N°34
13. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. 2018 [cité 18 oct 2019]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
14. Caillierez C, Autes E. Bulletin de santé publique - Tabac - Nouvelle-Aquitaine. Santé publique France. janv 2019;

RECHERCHE

Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie, Préalables scientifiques et méthodologiques

Isabelle Boulze-Launay [1,2,*],Alain Rigaud [2] ,Bernard Basset [2], François Paille [3]

[1] Laboratoire de psychologie, Epsylon, EA 4556 Rue du Pr. Henri Serre ,34000 Montpellier
[2] Association Addictions France
[3] Fédération Française d'addictologie
* Correspondance : Isabelle Boulze-Launay,HDR, Laboratoire de psychologie, Epsylon, EA 4556 Rue du Pr. Henri Serre ,34000 Montpellier isabelle.launay1@univ-montp3.fr

Résumé : La Fédération Française d'Addictologie s'est donnée pour objectif de mieux connaître les différentes psychothérapies et interventions non médicamenteuses utilisées en addictologie par les acteurs du soin et des mouvements d'entraide afin de les identifier et de comprendre l'intérêt de leur pluralité et les conditions de leur mise en œuvre. Elle a constitué un groupe d'étude à cet effet. Cette mise au point a pour objectif d'exposer la réflexion préalable à la construction de cette enquête ainsi que la méthodologie élaborée pour procéder à un état des lieux actuel de la mise en œuvre des différentes psychothérapies et interventions non médicamenteuses à partir de données de terrain. Cet état des lieux a également permis de recueillir dans ce domaine les besoins de formation de l'ensemble des acteurs de terrain. L'étude a mobilisé les 19 associations membres de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), la commission scientifique de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA, nouvellement labélisée Association Addictions France) et la Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (Plateforme CEPS). Lors d'une phase préparatoire, nous avons construit et testé des rubriques et des items de l'enquête, puis dans un second temps nous avons procédé à l'ouverture de la mise en ligne de l'enquête. Nous avons sélectionné 10 rubriques à renseigner : le lieu principal d'exercice, les formations initiales, la description et les fréquences des différents psychothérapies et interventions non médicamenteuses, les prises en charge individuelles, les prises en charge de groupe, les prises en charge de l'entourage, l'orientation des patients, la supervision des pratiques, les demandes de formation continue et la dernière rubrique ouverte portait sur les remarques sur l'enquête. L'analyse des résultats fera l'objet d'une publication ultérieure.

Mots-clés : Approche méthodologique, état des lieux, psychothérapie, interventions non médicamenteuses, addiction, addictologie

Abstract : The Frensh federation of addictology has set itself the goal of gaining a better understanding of the different psychotherapies and non-medicinal interventions used in addictology by those involved in care and self-help movements, in order to identify them and understand the value of their plurality and the conditions under which they are implemented. It has set up a study group for this purpose. The aim of this report is to set out the thinking behind the survey, and the methodology used to take stock of the current state of implementation of different psychotherapies and non-medicinal interventions, based on field data. The survey also enabled us to identify the training needs of all those involved in the field. The study mobilized the 19 member associations of the Fédération Française d'Addictologie (FFA), the

scientific commission of the Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA, newly labelled Association Addictions France) and the Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (CEPS Platform). In a preparatory phase, we built and tested the survey headings and items, then proceeded to open the survey online. We selected 10 headings to be filled in: main place of practice, initial training, description and frequency of various psychotherapies and non-medicinal interventions, individual care, group care, care of family and friends, patient referral, supervision of practice, requests for continuing education, and the last open heading concerned comments on the survey. An analysis of the results will be published at a later date.

Key-words : Methodological approach, state of the art, psychotherapy, non-medication interventions, addiction, addictology

1. PREAMBULE

Dans la littérature internationale ou francophone, les articles scientifiques, les méta-analyses, les articles ou les communications de vulgarisation sur les diverses psychothérapies sont très abondants (1, 2). Il en est de même en addictologie (3,4,5). Se rajoutent à la multiplicité de ces sources d'informations, de nombreux différents, des débats internes entre écoles sur une même psychothérapie, et des problèmes soulevés par la question des modes d'évaluation des psychothérapies (6,7,8). Cette multiplicité des portes d'entrée sur les psychothérapies pose de nombreuses questions qui ne trouvent pas à ce jour de réponses consensuelles. Premièrement, il reste toujours en suspend une définition de ce qu'est une psychothérapie « reconnue » tant les approches semblent extensibles et exponentielles (9). Deuxièmement, la validité des pratiques psychothérapeutiques reste très polémique et controversée (10,11). Là aussi, le problème est complexe car les mêmes critères d'évaluation ne sont pas forcément appropriés à toutes pratiques, ou à leurs objectifs à courts et à longs termes (12,13,14). Sans compter, que l'évaluation peut porter sur une psychothérapie ou sur la mutualisation d'un dispositif soignant avec des résultats qui peuvent alors se contredire (9). Ainsi comme le propose Despland (9, p. 10°), « le tableau de Pieter Bruegel, La Tour de Babel, illustre à merveille les disputes entre les différentes écoles de psychothérapeutes, comme les débats entre cliniciens et chercheurs. Vouloir traiter du thème de l'évaluation des psychothérapies dans le champ de l'addiction ne simplifie certainement pas la situation. »

Du coup afin de nous démarquer des approches scientifiques existantes et/ou afin de dépasser les problèmes de l'évaluation, ou encore les convictions de praticiens ou de chercheurs sur « les bonnes pratiques », nous avons fait le choix de procéder d'abord à un état des lieux des pratiques actuelles en addictologie en tentant d'être les plus exhaustif possible. C'est la raison pour laquelle nous avons recensé l'ensemble des activités thérapeutiques dans les dispositifs de soins. Cette méthode nous permet de dépasser les écueils énoncés plus haut : celui de la définition exhaustive des psychothérapies qui n'existe pas, celui des différentes écoles psychothérapeutiques et celui de leur évaluation, bien trop polémique et contesté. De plus, cette approche permet d'éviter des crispations ou engouements corporatistes.

Position du problème :

Dans le domaine des prises en charge psychothérapeutiques des patients présentant des addictions, les acteurs du soin et les mouvements d'entraide (13,15) ont toujours eu besoin de mutualiser leurs compétences en associant une multiplicité d'approches théoriques (16,17) et de méthodes thérapeutiques (17,18) tant la complexité des situations nécessite un investissement important et diversifié, et demande

beaucoup de temps dans les prises en charge (durant les rencontres et temps de suivi) (19,20). La multiplicité et la complémentarité des approches auprès des patients souffrant d'addictions se justifient d'un côté par la diversité de ces patients et de leurs problèmes (somatiques, sociaux, psychologiques, familiaux), et de l'autre, par la nécessité d'un long retour sur eux-mêmes qui se heurte à l'altération de la « conscience intime du temps » (21) et à un risque d'isolement progressif (22,23). Ainsi la pluralité des courants théoriques et des dispositifs soignants (16,17) répond au caractère multiforme des fragilités des personnes présentant une ou plusieurs addictions.

Il a donc fallu très tôt définir à la fois les types de méthodes à visée thérapeutiques qui peuvent être employées et les acteurs qui ont une action thérapeutique dans les structures de soins et d'accompagnement. Dès le début des années 1980 dans leur Abrégé d'Alcoologie, Malka, Fouquet et Vachonfrance avaient recensé deux types de thérapeutes (24, p. 115), d'une part les médecins – les généralistes et certains spécialistes –, et d'autre part ceux qui « prennent également en charge les alcooliques : assistantes sociales, travailleurs et visiteurs sociaux, psychologues, infirmiers » ainsi que « de nombreux patients adhérents aux groupes néphalistes (qui) constituent des soignés devenus soignants ».

Ce constat reste actuel, au-delà de la seule alcoologie. La prise en charge thérapeutique des addictions continue aujourd'hui de conjuguer approche médicamenteuse, méthodes psychothérapeutiques et interventions sociales. L'utilisation à visée thérapeutique de méthodes non médicamenteuses de plus en plus diversifiées et incluant les psychothérapies classiques se développe aujourd'hui dans le domaine de la santé au côté des interventions médicamenteuses et constitue le domaine des "interventions non médicamenteuses" ou INM. Ces INM n'ont pas fait pour le moment du fait de leur expansion l'objet d'une réelle recension et d'un réel cadrage théorique. Comme plus largement dans le domaine de la santé, à côté des interventions médicamenteuses se développe d'utilisation de méthodes non médicamenteuses dans lesquelles sont inclus les psychothérapies classiques. L'expansion toujours actuelle de ces méthodes non médicamenteuses ne peut pour l'instant faire l'objet d'une réelle recension et d'un réel cadrage théorique (25, 26).

L'équipe dirigée par Grégory Ninot (25.26) de la Plateforme universitaire collaborative CEPS s'appuie sur plusieurs références nationales, européennes et internationales (27-32) pour exposer en quoi cette expansion des INM fait l'objet d'une « demande d'évaluation et de surveillance (…) de plus en plus forte de la part des usagers, des autorités et des financeurs de santé. Quels sont leurs bénéfices réels sur la santé ? Quels sont leurs risques ? Sont-elles des compléments des autres traitements ou bien des alternatives ? Est-ce aux médecins à les prescrire ? (…). Le besoin d'informations transparentes sur leur sécurité et leur efficacité et de réglementation des usages et des professionnels devient urgent ». Ces questions touchent particulièrement le milieu de l'addictologie.

Devant l'intérêt et la diversité des INM en addictologie et l'absence de consensus sur leur place et leur usage, la Fédération Française d'Addictologie (FFA) s'est donnée pour objectif de faire le point sur leur utilisation en pratique courante en France en interrogeant les soignants. La FFA a également souhaité connaitre le type de formation à ces méthodes et les besoins de formation.

La FFA a ainsi constitué un groupe de travail chargé d'en construire la faisabilité sur les plans scientifiques et méthodologiques. L'article présente la démarche de ce groupe avec, premièrement, la nécessité de revenir à une définition du cadre théorique qui permet d'identifier et de penser les méthodes psychothérapeutiques et les INM (25,26) afin de ne pas se perdre dans leur énumération (27-32) ; deuxièmement, la méthodologie que ce groupe a suivie et l'outil d'enquête en ligne qu'il a créé à cet effet. Les résultats seront publiés ultérieurement.

2. QU'EST-CE QUI EST QUALIFIE DE « PSYCHOTERAPEUTIQUE » ?

Nous avons commencé par définir les notions de psychothérapies et d'interventions non médicamenteuses afin d'éviter toutes confusions dans l'utilisation de ces termes. Cette phase de définition préparatoire a mobilisé durant plusieurs mois la réflexion préalable de la commission scientifique de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA, actuellement Association Addictions France) et celle du groupe de travail de la FFA

2.1. Définitions des concepts de psychothérapie et d'interventions non-médicamenteuses

Malka, Fouquet et Vachonfrance (24) proposent une définition très claire de ce qui est qualifié de psychothérapies, au sens strict et au sens large.

« Au sens strict : une psychothérapie consiste en la mise en œuvre et l'utilisation systématique d'un ensemble de procédés relationnels verbaux et non-verbaux, dans l'intention de modifier l'organisation et le fonctionnement psychique d'un individu, dans le sens d'une moindre souffrance.

Toute technique psychothérapeutique relevant de cette définition supposera donc :

- un fondement théorique élaboré, c'est-à-dire un ensemble de concepts relatifs à la genèse et à la nature des troubles qu'elle entend traiter,
- un protocole opératoire et technique précis, requérant du thérapeute une formation particulière ».

Au sens large : si l'effet dernier des techniques psychothérapeutiques, systématiquement recherché, est l'allègement de la souffrance psychique, il est évident que ces techniques n'ont pas le monopole de cet effet : tout dialogue, tout geste, toute présence, toute interaction relationnelle telle que la vie quotidienne en offre l'occasion innombrable peut aider l'autre humain à vivre, et avoir ainsi des effets psychothérapeutiques.

Dès lors, tout partenaire du sujet, à quelque titre que ce soit, à son insu même, peut être amené à tenir une fonction thérapeutique » (24, p. 138). A partir de cette définition, nous avons choisi de garder le terme de psychothérapie dans son acception la plus stricte, choix également justifié d'une part par l'exigence d'un fondement théorique et d'un protocole opératoire, et d'autre part aujourd'hui par la reconnaissance désormais officielle du titre de psychothérapeute. Pour compléter et actualiser la définition de Malka, Fouquet et Vachonfrance (24) , nous rajouterons en nous référant à Chambon et Marie-Cardine (33) et Giusti 2014 (34) que la psychothérapie « constitue toujours une rencontre entre deux ou plusieurs personnes, dans laquelle l'une se définit ou est définie comme ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre possède et est reconnue pour avoir des qualités personnelles déterminées et un corps de connaissance théorique et technique, qu'elle utilise pour aider l'autre à produire un changement. » (16, p. 7).

En plus des psychothérapies clairement identifiées, il existe aussi en addictologie tout un ensemble d'interventions qui vont être proposées aux patients. Le terme d'INM (26,27) englobe l'ensemble de ces interventions, y compris les psychothérapies. Ce terme nous parait aujourd'hui plus approprié pour dénommer et regrouper les nombreuses techniques de médiation, ou conduites thérapeutiques, actuellement utilisées et qui prolongent la pensée de Malka, et coll (24) sur les thérapies au sens strict et au sens large. Selon la Plateforme CEPS (25, p.12) une INM est une intervention « … non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'usager. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des

processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques ».

Ce choix d'étudier les psychothérapies au sens strict et des INM au sens plus large permet une description plus complète des pratiques actuelles et ainsi d'éviter de n'enquêter qu'auprès des seuls acteurs qui pratiquent les psychothérapies reconnues, c-à-d. les psychiatres et les psychologues ainsi que d'autres professionnels ayant acquis une formation en psychopathologie clinique (Loi du 9 août 2004 et décret du 7 mai 2012). En effet, les INM englobent celles assurées par tous les acteurs du soin (y compris les médecins toutes spécialités confondues) mais excluent les thérapeutiques médicamenteuses, les chirurgies et les dispositifs médicaux.

Le choix d'étudier les INM expose toutefois à des difficultés. En particulier, il est très compliqué de parvenir à établir une liste claire et consensuelle. Les recherches dans le domaine de santé montrent bien les problèmes posés par l'inventaire de ces pratiques avec la question de leur validation qui reste toujours en débat (25, 26). Il existe une centaine d'appellations pour désigner ces interventions (26). Le Ministère de la Santé évoque des « pratiques de soins dites non conventionnelles » (28) et précise qu'elles sont très diverses, sans les catégoriser. En 2011, la Haute Autorité de Santé (28) a proposé trois catégories de « thérapeutiques non médicamenteuses » : les « thérapeutiques physiques », les « règles hygiéno-diététiques » et les « traitements psychologiques ». Toutefois, elle n'a pas non plus listé ces pratiques. Le rapport n°480 du Sénat français de 2013 répertorie 115 pratiques (35) et celui du Centre de recherche et d'information des Organisations de consommateurs de Belgique de 2012 (36) en répertorie 29, ce dernier rapport (36) précisant qu'il reste à ce jour non exhaustif.

2.2. Un collectif d'acteurs et de méthodes pour une meilleure utilisation des conduites thérapeutiques

Malka, Fouquet et Vachonfrance (24) soutenaient que la notion de « traitement » n'était pas adéquate en alcoologie car trop connotée au champ médical, constat qui reste aujourd'hui fondé pour l'ensemble du champ des addictions, et préféraient avancer l'expression de « conduites thérapeutiques » (24, p. 113) afin de mieux rendre compte de « la mise en œuvre d'un ensemble très divers d'attitudes et de moyens » (24, p. 113). Ces « conduites thérapeutiques » ne se limitent pas en une juxtaposition de techniques. Les auteurs précisent que pour « ces différents thérapeutes, médecins et non médecins », les « qualités qui leur sont demandées peuvent se résumer en quelques mots : savoir et savoir-faire. Ils doivent faire preuve de bonne capacité d'écoute et d'empathie couplée à une pratique seule capable de les aider à supporter les difficultés de contact avec les alcooliques. Ils pourront ainsi efficacement mener une polythérapie au long cours » (24, p. 113). Les différentes interventions demandent donc à être pensées et administrées par un collectif de soignants et exigent le maintien d'un niveau de formation et de supervision pour garantir une bonne pratique des INM. Ainsi, si globalement, les "conduites thérapeutiques" ou interventions non médicamenteuses ont fait l'objet de notre enquête et ont été à l'origine de la construction des différentes rubriques retenues, nous avons aussi été amenés à interroger pour ces conduites thérapeutiques : le type de formation reçue, l'identification des théories qui les sous-tendent, la nature des formations suivies et le type de régulation mis en place dans leur exercice.

3. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

3.1. Le comité de pilotage

La commission scientifique de l'ANPAA et le groupe de travail de la FFA ont conçu et coordonné la diffusion d'une enquête en ligne afin de répondre à l'objectif d'établir un état des lieux national des psychothérapies et des INM pratiquées dans les structures addictologiques ainsi que des besoins en formation. Cette commission et ce groupe étaient composés de médecins, de psychologues et de représentants des mouvements d'entraide. Tous avaient une activité clinique en addictologie. Ce travail préparatoire a été mené de septembre 2018 à décembre 2019, il a compris des réunions sur les définitions des objectifs, la construction de l'enquête avec choix des différentes rubriques et items, une phase de pré-test et enfin une relecture finale par un membre extérieur au groupe. Une lettre de présentation de l'enquête a été rédigée et le lien d'accès à l'enquête a été diffusé et mis en ligne par la FFA sur son site internet. La phase de finalisation de mise en ligne de l'enquête a été assurée par la Plateforme CEPS (10) et la société Kalya Santé (37), spécialisée dans les enquêtes en ligne (mise en ligne sur un site Internet, sécurisation des données, aide à l'analyse des données).

3.2. Description des différents temps de l'étude : de septembre 2018 au 31 décembre 2019

Lors de la phase préparatoire, nous avons pendant 8 mois procédé à l'élaboration du questionnaire puis pendant 2 mois à une phase de prétest. Nous avons enfin soumis le questionnaire de l'enquête à un membre extérieur du groupe et pris en compte ses dernières remarques. Une fois le document validé par tous, le questionnaire a été mis en ligne.

La phase de recueil des données a duré 3 mois. La FFA a diffusé à l'ensemble de ses membres une lettre d'information sur cette enquête, lettre dans laquelle était mentionné le lien internet de l'enquête. Il y a eu un mois après une relance aux adhérents de la FFA. Enfin, une diffusion a été réalisé sur les réseaux sociaux en y associant la création d'un flyer (Figure 1).

3.3. Les acteurs mobilisés

Dans la première phase de l'enquête les 19 associations membres de la FFA ont été mobilisées. Chaque association devait se charger de diffuser à ses membres l'objectif (lettre type) et le lien Internet de l'enquête en ligne. Afin d'éviter toute confusion dans les pratiques, il a été demandé à chaque acteur de décrire son activité à partir de son lieu d'exercice principal.

La liste des partenaires est donnée ci-dessous :

- ELSA France – Association Nationale des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie
- SAF – Société d'Addictologie Francophone
- SOS Addictions
- ACT – Alliance contre le Tabac
- ADDICTOLIB : Regroupement national des addictologues libéraux
- ASUD : Autosupport des Usagers de Drogues
- CNRMS : Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures

- GERTOX : Groupe d'Etude, Recherche et Traitement de la Toxicomanie et Addiction en Milieu Pénitentiaire
- IREMA : Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives
- SAFE
- ANPAA – Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- SFA – Société Française d'Alcoologie
- SFT – Société Francophone de Tabacologie
- FNESAA – Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie
- COPAAH – Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière
- CUNEA – Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie
- RESPADD – Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions
- Alcool Assistance et autres mouvements d'entraide
- ASPSA – Association des Structures Publiques de Soins en Addictologie

Dans le second temps de l'enquête, une diffusion a aussi été réalisée sur les réseaux sociaux à partir du flyer créé par la commission scientifique de l'ANPAA. L'objectif était de relancer les inclusions et de favoriser une diffusion nationale à tous les acteurs de l'addictologie

3.4 Rubriques de l'enquête

L'enquête commençait par des demandes de renseignement sur le répondant : sexe, âge, nombre d'années de pratique en addictologie, département d'exercice. Puis 10 rubriques devaient être renseignées. Dans chacune des rubriques, il y avait des questions à tiroirs (Figure 1). La grande majorité des questions était fermée, il y avait quelques questions ouvertes sur la nature des activités exercées, les demandes de formation et les remarques éventuelles pour compléter et/ou commenter l'enquête. La durée d'administration du questionnaire était comprise entre 15 minutes et 30 minutes. Les rubriques portaient sur la nature des psychothérapies et interventions non médicamenteuses proposées, leurs modalités de mise en œuvre (individuelle, de groupe, de l'entourage), leur fréquence et leur durée. Pour finir l'enquête demandait si les acteurs bénéficiaient d'une régulation sur les pratiques (interne, externe, fréquence, formation du régulateur…). L'enquête se terminait par le recensement des demandes de formation et des commentaires libres que les sujets souhaitaient ajouter.

Figure 1 : Panneau de gauche **:** Les 10 rubriques de l'enquête. Panneau de droite : le flyer.

3.5 Charte de publication

Afin d'organiser l'accès et la diffusion des données une charte de publication a été rédigée (voir annexe). Dans cette charte, il était mentionné que l'enquête était mise en place par le groupe de travail de la FFA et que la mise en œuvre de l'enquête était placée sous la responsabilité scientifique d'Isabelle Boulze-Launay (membre du groupe de travail), membre de la plateforme CEPS et vice-présidente de la Commission Scientifique de l'ANPAA. La mise en œuvre scientifique de diffusion en ligne de l'enquête faisait suite aux propositions des membres de groupe de travail de la FFA. L'enquête s'engageait à garantir l'anonymat des données. Il était précisé le mode d'accès aux données de l'enquête à toute équipe de recherche ou structure soignante représentée ou dans les groupes de travail FFA, la charte de publication scientifique et les conditions de diffusion des données sous forme de communications et de publication.

4. DISCUSSION et CONCLUSION

L'enquête a pu montrer l'intérêt d'une mutualisation scientifique des acteurs de l'addictologie. Le temps de réflexion préalable à la construction de l'enquête met l'accent sur l'étendue et la complexité du champ des conduites thérapeutiques non médicamenteuses à l'heure actuelle en France. On ne peut donc pas simplement se contenter de listes de pratiques, il faut savoir qui les met en place, à partir de quelle formation, dans quel cadre et avec quels moyens pour réguler leur usage. Nous avons pu constater des niveaux d'organisation différents entre les associations membres de la FFA entrainant une disparité des réponses d'une organisation à l'autre. Une coordination scientifique pourrait être officialisée par la FFA afin de mieux répondre aux questions posées par les divers enjeux de santé : organisation de la prévention et des soins, structuration des moyens, construction de protocoles de recherche… Il est aussi à noter que la mobilisation des acteurs par les réseaux sociaux peut constituer un mode alternatif d'inclusion dans les études scientifiques qui reste aussi à soutenir et à exploiter.

Au niveau de l'analyse des résultats à venir, nous présenterons à la fois les résultats descriptifs de cet état des lieux des psychothérapies et INM en addictologie mais nous souhaitons aussi aller au-delà d'une simple énumération de « méthodes » pour aider les soignants, à partir des réponses obtenues, à mieux se former, à mieux décrire et à mieux soutenir l'intérêt de leur pratique dans leur structure de soins. Nous serons donc particulièrement attentifs aux besoins en formation que les acteurs, du soin et des mouvements d'entraide vont formuler, nous porterons aussi toute notre attention aux groupes de régulation sur les pratiques qui leur sont ou non proposés.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt

Remerciements : Les auteurs remercient tout particulièrement l'ensemble de membres de la commission scientifique de l'ANPAA, Benjamin Roland co-président de la commission scientifique a pris une part très active dans la construction de cette enquête et dans sa diffusion, les autres membres de cette commission – Sophie Biba, Pierre Gaudriault, Guillaume Quercy, Alain Rigaud et Nicolas Simon – ont alimenté les échanges sur la construction et les choix des items de l'enquête. Les auteurs remercient aussi le groupe de travail de la FFA piloté par François Paille pour s'être mobilisé dans la construction de la cette enquête. Ce groupe de travail est composé de Pierre Arwidson, Marc Auriacombe, Bernard Basset, Isabelle Boulze-Launay, George Brousse, Micheline Claudon, Olivier Cottencin, Jean-Pierre Daulouède, Maurice Dematteis, Alain Dervaux, Benoit Fleury, Geneviève Lafaye, Yves Lestrat, Amandine Luquiens, Fabrice Olivet, Gérard Ostermann, François Paille, Ariane Pommery, Jean-Claude Tomczak, Didier Touzeau, Philippe Sayer. Alain Rigaud et Grégory Ninot ont aussi été mobilisés dans le travail de relecture du manuscrit. Alain Rigaud et Grégory Ninot ont aussi été mobilisés dans le travail de relecture du manuscrit

Citation de l'article : Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie, Préalables scientifiques et méthodologiques, Boulze-Launay I, Rigaud A, Basset B, Paille F, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(3) : 38-49

5. REFERENCES

1. Lambert M J., Ogles B M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy, IN: M. J. Lambert (Ed.) : Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change Chichester, John Wiley & Sons. 2004: 139-193.
2. Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies: faits et fictions. Psychologie française. 2013,58(3) : 167-175.
3. Tousseul Sylvain . « La psychothérapie des addictions », Psychothérapies, 2020/4 (Vol. 40) : 247-258.
4. Glasner-Edwards S, Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: Review and recommendations for public policy. Health policy . 2010, 97(2-3) : 93-104.
5. Amin M Z M, Salaeh A, Yahya M, Musa Z I, Yusoff A M, Ibrahim N, ... & Arifin M S. A literature review of spiritual psychotherapy using Quran recitation in the treatment of drug addiction. Advanced Science Letters. 2017,23(5) : 4865-4868.
6. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, ... & Thurin J M. Psychothérapie: trois approches évaluées (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)). 2004.
7. Hendrick S. Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. Thérapie familiale, 2009, 30(2) :147-165.
8. Despland J N, De Roten Y, Kramer U, Kramer U. L'évaluation des psychothérapies. Lavoisier médecine sciences, 2018.
9. Despland J N. Quelle psychothérapie pour quel patient? Données de recherche et problèmes cliniques. Psychotropes, 2010, 16(2) : 9-29.
10. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. Une méta-analyse des effets de la thérapie cognitive chez les patients déprimés. Journal des troubles affectifs. 1998, 49 (1) : 59-72.
11. Wampold B E, Minami T, Bask TW, Tierney S C. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. Journal of affective disorders. 2002 : 68 (2-3) : 159-165.
12. Miller W. Manual for Form 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors. Project MATCH Monograph Series 5, NIH Publication no. 96.4004. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996.
13. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 May 3;295(17) :2003–17.
14. Miller W, Wilbourne P. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction. 2002, 97 : 265-277.
15. Moisan D. Patient expert et professionnels de santé en addictologie : des approches complémentaires. Médecine des Maladies Métaboliques. 2018 ; 12 (7) : 614-615.
16. Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie In: Lejoyeux M, ed. Abrégé d'addictologie. Paris : Masson ; 2009 p. 62-68.
17. Brorson H ., Arnevik E A, Rand-Hendriksen K, & Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clinical psychology review. 2013, 33(8) :1010-1024.
18. Vénisse J-L. Complémentarité des approches psychothérapiques en addictologie : le paradigme de l'efficacité. European Psychiatry. 2014 ; 29 (8) : 534.
19. Hautefeuille M. Addictions et temporalités. Psychotropes. 2011 ; 2 (17) : 5-8.
20. Benyamina A, Reynaud M. Stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire: quel suivi et quelle durée de traitement? L'Encéphale. 2016, 42(1) : 67-73.
21. Husserl E, Dussort H, Granel G. Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. Paris : Presses universitaires de France ; 1964.
22. Toussaint A, Descombey J-P. Sortir l'alcoolique de son isolement. Paris : De Boeck Superieur ; 2014.
23. Thurston R C, Kubzansky L D. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. Psychosomatic medicine. 2009, 71(8), 836.
24. Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G, Audouin D, Nataf C. Alcoologie. Coll. Abrégés, Paris : Masson ; 1983.
25. Ninot G. Guide professionnel des interventions non médicamenteuses (INM). Paris : Dunod ; 2019.
26. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gérazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, ... & Senesse P. De la définition des interventions non médicamenteuses à leur ontologie. 2018. Hegel 8 (1) : 21-27

27. CAMbrella. Programme de recherche européen. A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (www.cambrella.eu). Final Report of CAMbrella Work Package 8 (leader: Bettina Reiter), 2012.
28. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription des thérapies non médicamenteuses. HAS, 2011.
29. Gueguen J, Hill C, Barry C. Complementary medicines. In Wiley StatsRef: Statistics Reference Online. John Wiley & Sons, Ltd, 2014.
30. Académie Nationale de Médecine. Thérapies complémentaires : Leur place parmi les ressources de soins. Paris : Académie Nationale de Médecine, 2013.
31. Nizard J, Kopferschmitt J. Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire. Hegel 2017; 7(4) : 327- 330.
32. Eurocam. CAM 2020. The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe. Brussels: Eurocam, 2014.
33. Chambon O, Marie-Cardine M. Les éléments de la psychothérapie, Les bases de la psychothérapie: Approche intégrative et éclectique. Paris : Dunod ; 2014. p. 7-36.
34. Giusti E. Fototerapia e diario clinico.Molano : Franco Angeli, 1995.
35. Sénat, Rapport n°480 au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, Sénat, 2013.
36. Vandercammen M (2011). Centre de Recherché et d'Information des Organisations de Consommateurs 2010. 2011 (disponible en ligne: http://www. fvbw. be/images/Infos/News/CRIOC RapportCircuitsCourts 2010. Pdf).
37. www.kalya-sante.com

6. ANNEXE

Charte Enquête FFA Cartographie des Psychothérapies et des Interventions Non Médicamenteuses en addictologie

L'enquête sur la cartographie des Interventions non Médicamenteuses en Addictologie est mise en place par le groupe de travail de la FFA piloté par F. Paille, représentant de l'instance gouvernante, la FFA. Cette enquête est mise en œuvre sous la responsabilité scientifique d'Isabelle Boulze-Launay (membre du groupe de travail) en tant que membre de la plateforme CEPS (www.plateforme-ceps.fr , Université Paul Valéry, Montpellier) et Vice-Présidente de la commission scientifique de l'ANPAA. La mise en œuvre scientifique de diffusion en ligne de l'enquête se fait suite aux propositions des membres de groupe de travail de la FFA. La FFA en tant qu'instance gouvernante prend les grandes décisions et à la charge d'entériner les choix majeurs. L'enquête est proposée à l'ensemble des structures et associations affilées à la FFA, elle s'engage à garantir l'anonymat dans le traitement des données.

1. Mode d'accès aux données de la cohorte

Les données de l'enquête sont centralisées par le CEPS et la société Kalia, elles sont accessibles au groupe de travail de la FFA et peuvent être aussi transmises à chaque structure affiliée à la FFA, cet accès est réservé au représentant de la structure et/ou association qui en fait la demande, aucune information ne sera transmise sur une autre structure et/ou association membre de la FFA. L'accès à l'ensemble des données à des tiers ne concourant pas à cette enquête ne pourra se faire que dans le cadre d'un accord de principe du groupe de travail de la FFA suivi d'une approbation par le CA de la FFA et dans le cadre de projets collaboratifs associant étroitement lesdits tiers et les acteurs du groupe de travail de la FFA.

Toutes les équipes de recherche ou structures soignantes et de préventions désirant utiliser l'infrastructure de l'enquête, qu'elles soient ou non représentées dans les groupes de travail FFA, doivent soumettre une demande au

CA de la FFA et à la plateforme ceps. Les membres du groupe de travail bénéficieront d'une exclusivité d'accès aux données d'une durée de 18 mois à partir de la mise à disposition des données.

2. Charte de publication scientifique

Toute publication ou communication suivra les règles en cours en termes de production scientifique. Ne seront mentionnées dans les publications et ou les communications que les auteurs ayant une part active dans la production scientifique.

3. Diffusion des données

La diffusion scientifique des résultats de l'enquête se présente sous forme de communications et de publications initiées par le responsable du groupe de travail et le responsable scientifique. D'autres membres du groupe pourront s'engager dans ce travail de diffusion collectif des données à la condition d'en prévenir le groupe de travail et d'indiquer le contenu de cette diffusion. Les premières restitutions sont prévues lors de journées scientifiques de la FFA. Pour toute publication, un avis devra être demandé avant soumission au groupe de travail de la FFA qui sera alors cité en fin d'article pour sa relecture et son approbation. Le groupe de travail s'engage à ne communiquer que sur les données générales de l'enquête sans comparaisons entre les réponses obtenues par les différentes structures et associations affiliées à la FFA.

Proposition de charte Isabelle Boulze-Launay

RECHERCHE

Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie

Lan Tien NGUYEN[1,*], Gomard Annick[1], Occhipinti Catherine[1], Griffet Magali[1], Cleaut Coline[1], Cohendoz Sandra[1], Clautrier Catherine[1], Bonjean Camille[1], Perriot Jean[2]

[1] Unité Addictologie, CH Vichy, BP 27 57, 03207 VICHY Cedex
[2] Dispensaire Emile Roux, 63100 Clermont-Ferrand
* Correspondance : Lan Tien NGUYEN, PH, Unité Addictologie, CH Vichy, BP 27 57, 03207 VICHY Cedex
lantien.nguyen@ch-vichy.fr

Résumé : Contexte : Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) sévères requièrent des soins pluridisciplinaires coordonnés permettant l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé et d'engager le patient dans une réadaptation médico-psycho-sociale. L'hôpital de jour addictologie (HJA), en adoptant la stratégie de réduction de risques et le respect des liens environnementaux du patient, s'inscrit dans une offre de soins graduée et un rapport médico-économique favorable. Méthode **:** Ce travail rapporte les résultats observés entre janvier 2018 et octobre 2019 de l'HJA du Centre Hospitalier de Vichy (France) dans la prise en charge de 33 patients en TUA sévères, évalués sur l'évolution de paramètres médico-psycho-sociaux après un programme pluridisciplinaire de 12 semaines. Résultats : Parmi les patients 79% étaient en situation de précarité. A l'issue de l'intervention, 49% étaient abstinents et 39% avaient une consommation contrôlée, 43% des fumeurs avaient arrêté le tabac, une prise de poids et une diminution de la tension artérielle diastolique étaient notées. Les tests psychométriques attestaient d'un meilleur fonctionnement sur les dimensions « dépression », « fonctions cognitives » et « affirmation de soi ». Discussion : une discussion sur les liens précarité-alcool, du sevrage tabagique conjoint et de l'intérêt de la réadaptation psycho-sociale dans la réduction de risque, est menée.

Mots-clés : Hôpital de jour addictologie, troubles d'usage d'alcool, précarité, sevrage tabagique, réadaptation psycho-sociale

Abstract : Context: Severe Alcohol Use Disorders (AUD) require coordinated multidisciplinary care that allows for the development of an individualized therapeutic project and the involvement of the patient in medical-psycho-social rehabilitation. By adopting a risk reduction strategy and respecting the patient's environmental ties, the Addictology Day Hospital (ADH) is part of a graduated care offer and a favourable medico-economic ratio. Method: This study reports the results of the ADH between January 2018 and October 2019, of the Vichy Hospital (France) in the management of 33 patients with severe AUD, evaluated on the evolution of medical-psycho-social parameters after a 12-week multidisciplinary programme. Results: Among the patients, 79% were in a deprivation condition. At the end of the intervention, 49% were abstinent and 39% had controlled consumption, 43% of smokers had stopped smoking, weight gain and a reduction in diastolic blood pressure were noted. Psychometric tests showed improved functioning on the dimensions of "depression", "cognitive function" and "assertiveness". Discussion : A discussion on deprivation condition and alcohol relationship, concurrent smoking cessation and the benefits of psycho-social rehabilitation in risk reduction strategy was conducted.

Key-words : Addiction day hospital, alcohol use disorders, deprivation, smoking cessation, psycho-social rehabilitation

1. INTRODUCTION

La dépendance à l'alcool est une maladie chronique affectant le système nerveux central du circuit de la récompense, de la motivation, de la mémoire et des connexions qui leur sont reliées (1). Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) sévères sont à l'origine de multiples conséquences dommageables somatiques, psychiques et sociales.

Si l'arrêt complet et définitif de la consommation d'alcool est la façon idéale de réduire les risques induits par les TUA, l'approche des soins sous l'angle de la chronicité intègre les rechutes comme des évènements inéluctables dans l'histoire naturelle de la maladie. Ainsi, la stratégie de réduction des risques et des dommages, introduisant la notion de consommation régulée, permet-elle au patient de tester « sa liberté » en le rendant acteur de son soin (2).

L'hospitalisation de jour addictologie (HJA) s'inscrit dans une offre de soins graduée qui s'insère entre l'hospitalisation complète et les consultations externes en addictologie (3). Elle s'adresse à des patients qui présentent une dépendance ou des complications sévères ; elle permet l'évaluation pluridisciplinaire ainsi que l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés dans un accompagnement addictologique adapté, qui renforce le lien environnemental et familial. L'hospitalisation complète en addictologie assure en urgence ou de façon programmée, un sevrage physique, une évaluation ; elle est utile lors de complications ou de comorbidités somatiques et psychiatriques. Les services de soins de suite et de réadaptation addictologie (SSRA) favorisent pour leur part la réadaptation fonctionnelle, physique, cognitive, psychologique et sociale des patients (4).

L'hospitalisation de jour en addictologie permettrait de conjuguer la double nécessité d'évaluations et de soins pluridisciplinaires pour des patients sévères au sein d'une structure appropriée et d'un accompagnement au plus près des liens environnementaux et familiaux, sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable. Son avantage socio-économique s'inscrit dans le virage ambulatoire entrepris à l'hôpital (5).

Notre travail rapporte une expérience de soins complexes en HJA au Centre Hospitalier de Vichy et discute les points significatifs des résultats observés concernant les liens entre précarité, alcool et comportement de santé, l'intérêt d'une aide au sevrage tabagique concomitante et l'évolution du fonctionnement cognitivo-psycho-social évalué en tests psychométriques.

Objectif principal : Décrire en condition écologique, des soins complexes en addictologie en hospitalisation de jour chez des patients non nécessairement « sevrés » de leurs addictions au préalable.

Objectifs secondaires : Décrire la population des patients pris en charge selon leurs caractéristiques bio-psycho-sociales définis ci-après et comparer l'évolution de ces paramètres à l'issue de la prise en charge.

2. METHODOLOGIE

2.1. Population

En consultation externe d'admission à l'HJA, un dépliant expliquant les modalités de fonctionnement de l'HJA, la durée de prise en charge et le contenu des séances est remis au patient. Ce dernier donne son accord oral, confirmé par la rédaction avant admission, d'une lettre de motivation. En début de programme un livret d'accueil est remis et complété par le patient, précisant les identités et coordonnées

professionnelles des soignants qui l'accompagneront durant le programme, les objectifs personnalisés de soins et qui servira de livret de liaison entre le patient et les soignants au cours du programme.

La première séance débute par un accueil de l'ensemble des patients par toute l'équipe de l'HJA pour une présentation mutuelle de tous les intervenants et participants ; elle permet d'expliciter les modalités de fonctionnement, le contenu, les règles de respect et confidentialité des ateliers.

2.2. Méthode

L'HJA du CH de Vichy est ouverte du lundi au vendredi ; elle dispose de 5 places. Le programme proposé aux patients s'étale sur 12 semaines, il débute et se termine par une semaine d'évaluation pluridisciplinaire (médecin addictologue, infirmière, psychologue et assistante sociale). Cette prise en charge globale individualisée est associée à des ateliers fonctionnant en groupes fermés à raison de 3 séances par semaine et une séance hebdomadaire d'entretiens individuels. Les soins sont coordonnés par une réunion de concertation multidisciplinaire hebdomadaire.

Des paramètres sont systématiquement recueillis : antécédents médico-psycho-sociaux, traitements, histoire des addictions, indications et motivations au stage, résultats de tests destinés à l'évaluation des dépendances [FACE (6), AUDIT (7), FTCD (8), Test de Richmond (9)], ou de l'état de précarité (EPICES, 10). Les objectifs de soins sont initialement définis en entretien avec chaque patient. En début et fin de stage sont colligés fréquence cardiaque (FC), tension artérielle (TA) ainsi que poids et index de masse corporelle (IMC). Ont été évaluées les fonctions cognitives (MoCA, 11), anxiété-dépression (HAD, 12), (BDI, 13), affirmation de soi (échelle de Chalvin, 14), phobie sociale (échelle de Liebowitz, 15), alexithymie (TAS 20, 16). Les paramètres biologiques : ASAT, ALAT, GGT, CDT, CO dans l'air expiré (COE) ont été mesurés.

Des ateliers conduits sur un mode participatif, selon les techniques de thérapie comportementale et cognitive (TCC) et animés en binôme, intégraient :

- Education thérapeutique du patient : connaissance des risques liés aux addictions, les mécanismes de la dépendance et les soins appropriés, physiologie du système digestif et respiratoire.
- Rythme de vie : connaissance et mise en pratique d'un rythme de vie favorable à la santé en alimentation, sommeil et activité physique
- Remédiation cognitive : acquisition de compétences dans les fonctions cognitives essentielles à la vie quotidienne (exécutives, attentionnelles, gestion d'un emploi du temps…)
- Prévention de la rechute et affirmation de soi : identification et gestion des émotions, des situations à risques de consommation, du « craving », méditation pleine conscience…
- Art-thérapie : expression émotionnelle et stimulation créative sur un mode pictural
- Education sociale : sur les thèmes des aides sociales, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et mesures de protection
- Aide au sevrage tabagique : recueil du nombre de cigarettes fumées, motivations, freins au sevrage, COE, actions décidées jusqu'au prochain atelier…
- Groupes de parole coanimés avec les associations Vie Libre et Alcooliques Anonymes.

2.3. Méthodes d'analyse statistique

Les résultats quantitatifs sont exprimés en moyenne ± écart type standard (EXCEL). Les tests non paramétriques des rangs signés de Wilcoxon ont été utilisés pour la comparaison de séries appariées et la recherche de corrélation par le coefficient de Spearman ; le seuil de significativité a été fixé avec $p \leq 0,05$ (BiostaTGV).

3. RESULTATS

Trente-trois patients (6 femmes, 27 hommes), âgés de 51,3 ± 0,7 ans, avec des scores FACE= 15,2 ± 3,5 et AUDIT= 24 ± 3,5, ont bénéficié de 1539 séances entre janvier 2018 et octobre 2019. Les principales données sont les suivantes :

Mode d'entrée : 21 patients venaient du domicile (64%), 4 d'un service de soin somatique et 3 de service de psychiatrie, 5 avaient bénéficié d'un stage résidentiel pour TUA dans l'année.

Répartition des produits consommés : trente et un présentaient un TUA (94%), 21 étaient fumeurs de tabac (64%), 5 de cannabis, 4 mésusaient des benzodiazépines (BZD), 2 s'adonnaient régulièrement à la pratique de jeux d'argent et 2 étaient poly-consommateurs (dont héroïne, cocaïne).

Précarité : Vingt-six patients (79%) étaient en situation de précarité, caractérisée par un score EPICES au 4è quintile ≥ 30 chez 18 patients et au 5è quintile ≥ 50 pour 8 d'entre eux.

Alcool : A l'issue du programme, 16 patients (49%) étaient abstinents, 13 (39%) avaient une consommation contrôlée, 4 (12%) étaient en rechute ou n'avaient pas réduit leur consommation.

Neuf patients ont poursuivi le séjour au-delà de 12 semaines. Trois patients ont consolidé leur abstinence après des faux pas. Deux, en consommation contrôlée, avaient rechuté ; quatre ont été hospitalisés via les urgences pour alcoolisations aigues. Deux patients abstinents, ont été hospitalisés en service de soins somatiques : un pour accident vasculaire cérébral (AVC) sans séquelle, a repris le programme au décours de l'AVC et une patiente est décédée de cirrhose hépatique en hospitalisation.

Tabagisme : la dépendance au tabac mesurée par le FTCD était moyenne (5,3 ± 3,2), de même que la motivation à l'arrêt (Richmond : 6,2 ± 3). Neuf des 21 patients fumeurs (43%) étaient abstinents en fin de séjour. La mesure du COE a diminué à l'issue du programme de 7 ppm en moyenne (p=0,004).

Autres : un patient sur 5 a stoppé le cannabis, un sur 4 les BZD, un sur 2 les jeux d'argent, les 2 patients poly-consommateurs avaient réduit momentanément leurs consommations. Les traitements médicamenteux prescrits selon l'AMM, ne sont pas détaillés ici.

Les paramètres cliniques sont présentés sur dans le tableau 1. Une prise de poids significative de 1 kg en moyenne a été constatée (p=0,04). La FC et TA ont diminué et de façon significative pour la TA diastolique (p=0,04). Les paramètres biologiques sont présentés sur dans le tableau 2. Les dosages sanguins des enzymes hépatiques et du CDT n'ont pas significativement varié.

	M±ET, semaine 1	M±ET, semaine 12	p
Poids (kg)	82 ± 18	83 ± 18	**0,04**
IMC (kg/m2)	27,4 ± 5,5	27,8 ± 5,4	**0,04**
FC (battements/min)	87,8 ± 13,4	83,4 ± 15,7	**0,1**
TA systolique (mmHg)	129,7 ± 16,9	126,5 ± 16,7	**0,2**
TA diastolique (mmHg)	79,7 ± 12,9	73,9 ± 12,2	**0,04**

Tableau 1 : Paramètres cliniques ; Moyenne ± écart-type (M±ET).

	M±ET, semaine 1	M±ET, semaine 12	p
COE (ppm)	15,3 ± 8,8	8,5 ± 6,4	**0,004**
ASAT (UI/l)	34,8 ± 24,1	35,4 ± 24,6	**0,8**
ALAT (UI/l)	32,4 ± 23,8	32,5 ± 21,5	**0,8**
GGT (UI/l)	97,9 ± 84,9	131,9 ± 192,5	**0,5**
CDT (%)	3 ± 5,9	1,4 ± 1	**0,3**

Tableau 2 : Paramètres biologiques ; Moyenne ± écart-type (M±ET).

	M±ET, semaine 1	M±ET, semaine 12	p
HAD Anxiété (0-21)	9,2 ± 3,9	8 ± 3	**1**
HAD Dépression (0-21)	7,8 ± 3,3	4,9 ± 2,3	**0,004**
BDI (0-63)	13 ± 7,3	8,3 ± 6,5	**0,0004**
MoCA (0-30)	24,5 ± 3,4	25,7 ± 2,4	**0,001**
Chalvin « inhibition » (0-15)	10 ± 3	9,2 ± 3,3	**0,05**
Chalvin « agressivité » (0-15)	5,4 ± 2,6	5,8 ± 2,4	**0,4**
Chalvin « manipulation » (0-15)	6,5 ± 2,4	6,4 ± 2,4	**0,4**
Chalvin « affirmation de soi » (0-15)	9,7 ± 3,1	11,5 ± 3,1	**0,004**
Liebowitz (0-144)	54,5 ± 24,9	50,2 ± 26	**0,08**
TAS20 (0-100)	63,1 ± 7,8	58,4 ± 7,8	**0,7**

Tableau 3 : Paramètres psychométriques ; Moyenne ± écart-type (M±ET).

Les résultats de tests psychométriques sont présentés dans le tableau. Le score « dépression » a significativement diminué aux tests HAD D (p=0,004) et BDI (p=0,0004), sans évolution significative de la dimension anxiété. Le score MoCA des troubles cognitifs a significativement progressé (p=0,001), approchant le seuil de normalité de 26/30. Parallèlement, le test de Chalvin a montré une diminution de la dimension « passivité » (p=0,05) et une amélioration du comportement « affirmation de soi », (p=0,004). Les dimensions « agressivité » et « manipulation » n'ont pas significativement varié, ni les scores des échelles de phobie sociale de Liebowitz et alexithymie du TAS 20.

Aucune corrélation significative entre les différents paramètres n'a été trouvée.

4. DISCUSSION

Le service HJA a été mis en fonction selon l'instruction DGOS relative à l'hospitalisation de jour en addictologie (17), pour des soins complexes s'adressant à des patients souffrant de TUA sévères et de co-addictions, notamment tabagique. Ce modèle ambulatoire comparativement au mode résidentiel est conditionné par le non-prérequis de sevrage préalable et par une durée de prise en charge plus longue. La motivation du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique sont indispensables. Le maintien du lien à l'environnement socio-familial, apprécié des patients, offre l'avantage d'un travail de réadaptation psycho-sociale au plus près des situations de vie. Excepté les cas d'hospitalisation pour complication aigue, aucun patient n'a abandonné le programme en cours ce qui témoigne de sa bonne acceptabilité.

Peu de comparaison entre les 2 modalités de soins ambulatoire ou résidentiel ont été rapportées dans la littérature. Le taux d'abstinence de 50 % à 6 mois et un an (49% à 12 semaines dans notre expérience) était dans les 2 cas comparable et corrélé à l'alliance thérapeutique et l'adhésion à la démarche de soins (18).

Près de 8 patients sur 10 étaient en situation de précarité selon le score EPICES, indicateur individuel et multidimensionnel de précarité qui traduit le comportement et les inégalités de santé associés (19, 20). Le lien précarité-dépendance à l'alcool est connu : la précarité multiplie par 3 le risque d'alcoolisation chez les

personnes sans emploi ou en situation de mal logement, et paraît manifeste dès l'adolescence. Toutefois, il ne présage pas en soi, une causalité dans un sens ou dans l'autre entre les deux facteurs (21, 22). Le score EPICES a démontré des liens aux indicateurs de santé que sont tabagisme, sédentarité, prise de psychotropes et absence de suivi médical, dentaire et gynécologique (19). Aucune étude, à notre connaissance, n'a été rapportée entre le score EPICES et les TUA. Bihan et al. (23) ont mis en évidence une corrélation entre le score EPICES, l'hémoglobine glyquée et les complications diabétiques, soulevant les hypothèses d'un moindre accès aux soins, d'obstacles financiers et des comportements peu favorables à la santé chez les patients diabétiques en situation de précarité. La forte prévalence de précarité chez les patients à TUA pourrait être associée à des inégalités de santé du même ordre.

Deux tiers des patients de notre population étaient dépendants au tabac, 43% ont arrêté de fumer au décours du stage. Tabagisme et TUA sont fortement corrélés (24, 25). L'usage d'alcool est souvent associé à l'initiation au tabac (26). Une fois la double dépendance installée, les « cravings » induits par la prise de tabac et d'alcool sont corrélés (27-29) tandis que la prise d'alcool et de tabac s'accroît simultanément avec renforcement du niveau de dépendance de chaque produit (28-31).

Le sevrage tabagique est réputé plus difficile chez les fumeurs anciens alcooliques, les taux d'abstinence paraissent plus faibles et leurs tentatives d'arrêt s'accompagnent de manifestations d'irritabilité, d'anxiété, de difficultés de concentration et de sensation d'inconfort plus fréquentes que chez les fumeurs sans passé alcoolique (32), laissant alors craindre une reprise de l'alcoolisation. Le discours « j'ai arrêté de boire, je ne peux pas tout arrêter » est récurrent chez les patients. Néanmoins, des études ont montré tout à la fois une abstinence d'alcool deux fois plus longue chez les patients sevrés du tabac (33) et l'absence de lien de causalité entre sevrage tabagique et rechute à l'alcool à court ou long terme, qu'elle soit réalisée conjointement ou de façon rapprochée après le sevrage alcool (34, 35).

La proposition d'aide au sevrage tabagique doit être systématiquement intégrée à tout programme de soins des TUA (36) et les résultats de notre travail nous renforcent dans cette idée.

Toutefois, les patients poly-consommateurs (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis, BZD, tabac) étaient plus en difficulté pour changer de comportement. Malgré une réduction observée des consommations en cours de stage et une relative bonne assiduité aux séances, les troubles de l'attention souvent plus marqués, pourraient renforcer le « craving », l'impulsivité et/ou freiner l'acquisition des compétences au cours des ateliers thérapeutiques (37, 38).

Malgré un meilleur rythme et équilibre des repas travaillés en atelier d'éducation thérapeutique, la prise de poids était significative à l'issue du stage. Indépendamment de la réduction de la consommation ou de l'arrêt du tabac pour certains patients, celle-ci pourrait être liée à une forte appétence pour des boissons sucrées de type soda, constatée chez la plupart des patients sevrés d'alcool dans ce travail et habituellement notée dans notre pratique clinique en addictologie. En effet, l'addiction aux substances psycho-actives et « au sucre » pourraient partager des voies neurobiologiques communes au niveau des régions hédoniques cérébrales (39). Alarcon et al. (40) ont rapporté une corrélation significative entre stockage de produits sucrés en chambre, « craving » pour le sucre et prise de poids chez des patients sevrés d'alcool.

D'autre part, la relation obésité-précarité est souvent observée. C. Loddo (41) a montré dans sa thèse que les patients obèses (IMC moyen 42 kg/m2) avaient un IMC significativement corrélé au score EPICES. L'obésité était plus élevée et plus sévère chez les patients en situation de précarité (selon le score EPICES) que les patients obèses non précaires. Dans notre étude, l'IMC moyen initial était de 27,4 kg/m2, soit des

patients en surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m2), non obèses. Nous n'avons pas identifié de corrélation entre IMC et score EPICES.

La TA diastolique a significativement diminué chez nos patients. Alcool, tabac et surpoids représentent des co-facteurs associés de risque cardiovasculaire. La TA augmente avec une consommation régulière d'alcool de façon dose dépendante, tout comme une réduction importante de la TA peut être attendue dès un mois d'abstinence (42). Dans notre travail, bien que ne relevant pas de l'hypertension artérielle (HTA), la TA systolique n'a pas significativement diminué en parallèle à la TA diastolique. Nous postulons que la TA diastolique varie plus sensiblement que la TA systolique dans notre population relativement jeune (âge moyen 51,3 ans). En effet, dans la population âgée, le risque cardiovasculaire attribué à l'HTA est mieux corrélé à la pression artérielle systolique, alors que l'HTA diastolique isolée est associée à un risque d'évènement cardiovasculaire, particulièrement dans la population jeune (<50 ans ; 43).

Les tests psychométriques auto-administrés ont mis en évidence un meilleur fonctionnement cognitif, psychique et social des patients à l'issue du programme, animés selon les techniques de TCC. D'après A. Viswam et al. (44) 81% d'une population de 54 patients avaient un score MoCA <26 au décours du sevrage alcool ; Rupp et al. (45) ont montré qu'un programme de remédiation cognitive a permis d'améliorer les performances cognitives et le bien être psychique. Une revue de la littérature sur 63 études de Charlet et Heinz (46) portant sur des interventions visant à réduire ou arrêter l'alcool, a rapporté des bénéfices sur l'anxiété-dépression, la confiance en soi, la qualité de vie, la réduction du stress psychosocial et enfin un meilleur fonctionnement social.

Ce travail est limité par l'absence de contrôle méthodologique des paramètres comparés, mais il s'agit d'une expérience en « vraie vie ». Si les patients étaient sévères sur leur score de dépendance et de précarité, l'état clinique stable initial explique probablement une faible altération des tests biologiques hépatiques. La rechute de certains patients au cours de la progression dans le stage pourrait expliquer la tendance à l'augmentation des gamma-GT en fin de séjour. Ainsi, les tests biologiques nous semblent être un marqueur du « temps court », directement en lien avec le niveau de consommation. En revanche, ils apprécient mal les compétences cognitivo-psycho-sociales, dont l'évolution relèvent à l'inverse du « temps long », qui préside aux apprentissages soutenant le changement comportemental. Leur évaluation par tests psychométriques ne disposant pas des qualités d'objectivité des tests biologiques, peuvent être soumis à des biais de validité et fiabilité (47, 48). Néanmoins, les résultats obtenus sont en faveur d'une anxiété-dépression et alexithymie légères, d'une absence de phobie sociale, écartant à priori des comorbidités somatiques et psychiatriques aigues sévères associées.

Les activités physiques, absentes de notre programme, ont démontré leur bénéfice dans le contrôle du « craving » et pour limiter la prise de poids (49, 50), devront être intégrées dans nos ateliers thérapeutiques.

5. CONCLUSION

Cette étude nous parait mettre en évidence que l'hospitalisation de jour dans l'accompagnement de patients alcool-tabac dépendants en situation de précarité, peut se positionner comme un complément de l'offre de soins en addictologie. Dans les cas d'absence de comorbidités somatiques ou psychiatriques aigues sévères, elle représente une alternative prometteuse aux soins résidentiels, qui offre l'avantage médico-économique des soins ambulatoires.

La dimension comportementale des TUA s'inscrit dans un temps long, au cours duquel un accompagnement par la stratégie de réduction des risques et des dommages, dont l'objectif d'abstinence en relève, en souligne la pertinence.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt

Citation de l'article : Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie, Lan Tien N, Gomard A, Occhipinti C, Griffet M, Cleaut C , Cohendoz S, Clautrier C, Bonjean C, Perriot J, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(3) : 50-58.

6. REFERENCES

1. Benyamina A, Reynaud M. Management of alcohol use disorders in ambulatory care : Which follow-up and for how long? Encephale 2016 ; 42(1) : 67-73.
2. Topor K. Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie. https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2016/11/Intervention_Docteur_Kiritz%C3%A9_Topor.pdf
3. Menecier P, Plattier S, Rotheval L, Orosco C, Lefranc D, Rezard R. L'hôpital de jour en addictologie. Outil d'aide au maintien de l'abstinence ou étape vers le sevrage. Le courrier des addictions 2017 ; 19(7) : 23-5.
4. Le dispositif de soins en addictologie MILDECA https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie
5. Boyer C. COPAAH groupe de travail hôpital de jour addictologique. Proposition de référentiel de prise en charge des patients 2011. http://copaah.e-monsite.com/pages/les-groupes-de-travail-du-copaah/hopital-de-jour-en-addictologie-referentiel.html
6. http://test-addicto.fr/tests/alcool/questionnaire-face.html
7. http://test-addicto.fr/tests/alcool/audit.html
8. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf
9. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q4_B_Richmond.pdf
10. http://medicalcul.free.fr/epices.html
11. http://test-addicto.fr/tests_pdf/Test-MoCA.pdf
12. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
13. https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-la-dc3a9pression.pdf
14. https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/17438_114853.pdf
15. https://www.healthsadvisor.com/fr/guest/qs/echelle-d-anxiete-sociale-de-liebowitz/
16. https://www.antidouleur59.fr/douleursquestionnairetas20.pdf
17. Instruction n° DGOS/R4/R1/2016/350 du 24 novembre 2016 relative à l'hospitalisation de jour en addictologie
18. Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, Charles Moore. Day hospital and residential addiction treatment : randomized and nonrandomized managed care clients. J Consult Clin Psychol 2007 ; 75(6) : 947-59.
19. Cetaf. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Etienne, 2005.
20. Sass C, Moulin JJ, Labbé E, Chatain C, Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. Prat Organ Soins 2007 ; 38(2) : 139-146.
21. OFDT Dommages sociaux : Précarité. https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/
22. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008 Tendances 2009 ; n°66 : 6 p.
23. Bihan H, Laurent S, Sass C et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. Diabetes Care 2005 ; 28 : 2680–2685.
24. Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? Am J Public Health 1996 ; 86 : 985–990.
25. Gulliver SB, Kalman D, Rohsenow DJ, Colby SM, Eaton CA, Monti PM. Smoking and drinking among alcoholics in treatment : cross-sectional and longitudinal relationships. J Stud Alcohol 2000 ; 61 : 157–163.
26. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. Addict Behav 2007 ; 32 : 449–464.
27. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. Addiction 1997 ; 92 : 15–26.
28. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Alcohol and tobacco cessation in alcohol dependent smokers : analysis of real-time reports. Psychol Addict Behav 2007 ; 21 : 277–286.
29. Hillemacher T, Bayerlein K, Wilhelm J, Frieling H, Thürauf N, Ziegenbein M, et al. Nicotine dependence is associated with compulsive alcohol craving. Addiction 2006 ; 101 : 892–897.
30. Barrett SP, Tichauer M, Leyton M, Pihl, RO. Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. Drug Alcohol Dep 2006 ; 81, 197–204.
31. Daeppen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnbergern JI et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. Alcohol Alcohol 2000 ; 35 : 171–175.
32. Hughes J R. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. J Treat Subst Abuse Treat 1993 ; 10(2) : 181-7.

33. Stuyt EB. Recovery rates after treatment for alcohol/drug dependence. Tobacco users vs. non-tobacco users. Am J Addict 1997 ; 6(2) : 159–67.
34. Joseph AM, Nichol KL, Anderson H. Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes. Addict Behav 1993 ; 18(6) : 635-44.
35. Kalman D, Hayes K, Colby SM, Eaton CA, Rohsenow DJ, Monti PM. Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery : a pilot study- J Subst Abuse Treat 2001 ; 20(3) : 233-8.
36. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment : what you need to know. J Subst Abuse Treat 2009 ; 36 : 205–219.
37. Flaudias V, Maurage P, Izaute M, de Chazeron I, Brousse G, Chakroun-Baggioni N. Craving mediates the relation between impulsivity and alcohol consumption among university students. Am J Addict 2019 ; 28(6) : 489-496.
38. Flaudias V, Zerhouni O, Chakroun-Baggioni N, Pires S, Schmitt A, de Chazeron I, Llorca PM, Brousse G. Reducing attentional bias in individual with alcohol use disorders with a tablet application. A randomized controlled trial pilot study. Alcohol Alcohol 2020 ; 55(1) : 51-56.
39. Fortuna JL. Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence : shared neural pathways and genes. J Psychoactive Drugs 2010 ; 42(2): 147-51.
40. Alarcon R, Tiberghien M, Trouillet R, Pelletier S, Luquiens A, Ahmed SH, Nalpas B, Alaux-Cantin S, Naassila M, Perney P. Sugar intake and craving during alcohol withdrawal in alcohol use disorder inpatients. Addict Biol 2020 ; First published: 19 April 2020 https://doi.org/10.1111/adb.12907
41. C. Loddo. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, discipline : Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques. Université de Bordeaux. U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES 2015 ; n° 3148. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01245746/document
42. Day E, Rudd JHF. Alcohol use disorders and the heart. Addiction 2019 ; 114 :1670–1678.
43. Berney M, Burnier M, Wuerzner G. Hypertension artérielle diastolique isolée : faut-il encore s'en préoccuper ? Rev Med Suisse 2018 ; 14 : 1607-10. https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-618/Hypertension-arterielle-diastolique-isolee-faut-il-encore-s-en-preoccuper
44. Viswam A, Nagarajan P, Kuppili PP, Bharadwaj B. Cognitive functions among recently detoxified patients with alcohol dependence and their association with motivational state to quit. Indian J Psychol Med 2018 ; 40(4) : 310–314.
45. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. J Stud Alcohol Drugs 2012 ; 73 : 625–34.
46. Charlet K, Heinz A. Harm reduction - a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. Addict Biol 2017 ; 22(5) : 1119-1159.
47. Barry AE, Chaney B, Piazza-Gardner AK, Chavarria EA. Validity and reliability reporting practices in the field of health education and behavior : a review of seven journals. Health Educ Behav 2014 ; 41(1) : 12-8.
48. Pickett AC, Valdez D, Barry AE. Psychometrics matter in health behavior : a long-term reliability generalization study. Am J Health Behav 2017 ; 41(5) : 544-552.
49. Vanderheyden JE, Perazzoli P, Hellemans JP, De Witte P. "Utilité du sport chez l'alcoolique." Alcoologie et addictologie 2003 ; 25(1) : 25-32.
50. Bernard P. Bénéfices de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique. Le Courrier des addictions. 2014 ; 16 (1) : 14-15.

RECHERCHE

Joueur de poker : prévalence et facteurs prédictifs du jeu d'argent et de hasard excessif

Messaadi Nassir[1,2*] Calafiore Matthieu[3], Richard Florence[4], Duhamel Alain[4], Bayen Sabine[5], Cottencin Olivier[1]

1 Plasticity & SubjectivitY (PSY) team, Lille Neuroscience & Cognition Centre (LiNC), INSERM U-1172
2 PSPU C. Henry Lille
3 Université de Lille, CHU Lille, ULR 2694 - METRICS : Évaluation des technologies de santé et des pratiques médicales, 59000 Lille, France.
4 Univ. Lille - EA2694, CHU Lille Department of Biostatistics, F-59000 Lille, France
5 Department of General Practice, University of Lille, Lille, France; Department of Medical Pharmacology & Neurology, INSERM UMRS 1172, University of Lille, Lille, France
* Correspondance: Dr Nassir Messaadi, Plasticity & SubjectivitY (PSY) team, Lille Neuroscience & Cognition Centre (LiNC), INSERM U-1172. nassir.messaadi@univ-lille.fr

Résumé : Introduction : Les jeux d'argent et de hasard augmentent en France. Les facteurs prédictifs de jeux excessifs ont été identifiés pour le poker en ligne mais pas pour le jeu en tournoi. Méthode : une étude épidémiologique observationnelle transversale multicentrique a été réalisée au sein de tournois amateurs de poker. Résultats : l'analyse de 273 questionnaires a identifié 30 joueurs excessifs (11%). « Vivre en couple » et « considérer le poker comme un loisir » étaient des facteurs peu prédictifs de jeux excessifs. Par contre, le risque augmentait avec des dépenses d'au moins 200€, le besoin de jouer après une difficulté du quotidien, de jouer pour échapper à des humeurs indésirables. Discussion : Les facteurs prédictifs d'une augmentation ou non du risque de jeux d'argent et de hasard excessifs chez les joueurs amateurs de poker montrent que la gestion des difficultés du quotidien sont importantes à prendre en compte. Une prévention ciblée sur ces facteurs éviterait aux joueurs excessifs d'être confrontés aux conséquences parfois dramatiques de leur pratique. Une étude complémentaire pourrait être menée en ce sens.

Mots-clés: Jeu d'argent et de hasard, joueur de poker, tournoi non professionnel, joueur excessif

Abstract: Context: Gambling games are increasing in France. The predictive factors of excessive gambling were identified for the on-line poker, but not for the poker in tournament. Method: Observational transverse epidemiological multicentric study non-professional poker tournament rooms by auto-questionnaire. Results: On 273 questionnaires included and analyzed, 30 excessive gamblers (11 %) were identified. "Living in couple" and "Considering poker as a leisure" are predictive factors of a lower risk of excessive gambling. On the opposite, risk is increased for a daily spending of at least of 200 €, the need of playing after a life difficulty, of playing to escape bad temper. Discussion: The factors predicting an increase in the risk of excessive gambling among amateur poker players show that everyday difficulties are important to take into account. Targeted prevention of these factors would prevent excessive gamblers from facing the dramatic consequences of their practice. A complementary study could be conducted to this end.

Key-words: Gambling, poker player, unprofessional tournament, excessive gambler

1. INTRODUCTION

Au cours des dernières années en France, le jeu a augmenté dans certains établissements (bars, bureaux de tabac) et lieux de communication (télévision), ainsi que sur Internet. Le chiffre d'affaires du secteur des jeux d'argent et de hasard (hors internet) est passé de 37,1 milliards d'euros en 2007 à 48,1 milliards d'euros en 2017 [1]. La loi du 12 mai 2010 relative à la concurrence et à la réglementation des jeux et paris en ligne a élargi l'accès légal à ces jeux [2].

La majorité des joueurs en ligne passent par les sites des opérateurs agréés [3]. En 2012, environ deux millions d'adultes avaient joué à un jeu d'argent et de hasard et plus particulièrement au poker [4 ; 5]. Les joueurs de poker qui jouent sur des sites légaux ou non, ont des caractéristiques spécifiques (plus jeunes, plus diplômés) et 40% ne jouent que sur internet [6 - 8]. Dans les tournois professionnels en salle, les joueurs sont face à face et les mises peuvent être importantes [9].

En France, il existe des tournois associatifs où les joueurs ne misent pas d'argent mais ont des jetons et le vainqueur reçoit un cadeau (valeur maximale de centaines d'euros).

Depuis 2007, le Club des clubs de poker français (CDC) regroupe des associations de joueurs de poker amateurs [10]. Le but du CDC est de développer une image du poker en tant que passe-temps et sport. Ce but ne doit pas masquer la réalité du jeu, qui est parfois associé au risque de jeu d'argent et de hasard excessif [11].

La littérature internationale a identifié des facteurs de risque de jeu d'argent et de hasard excessif selon le modèle trivarié d'Olievenstein (jeux en ligne, fréquence des jeux, nécessité de jouer pour faire face aux défis de la vie quotidienne, alcool, Cash Game) [12 - 15]. L'étude proposait de mesurer la prévalence du jeu d'argent et de hasard excessif chez les joueurs de poker amateurs en salle puis d'identifier les facteurs prédictifs du caractère excessif du jeu.

2. METHODES

Une étude multicentrique a été menée auprès de joueurs de poker amateurs en salle dans les tournois associatifs du Nord – Pas de Calais.

Critères d'inclusion : Pour être incluse la personne devait être âgée de 18 ans ou plus, participer à un tournoi de joueurs de poker amateurs en salle dans le Nord-Pas-de-Calais, avoir une couverture sociale à jour et signer le consentement éclairé.

La collecte s'est déroulée sur deux mois entre février et mars 2013. Chaque participant a complété un questionnaire auto-administré anonyme comprenant une variable quantitative (âge en années) et 38 variables qualitatives ou binaires (voir annexe: questionnaire). Le comité de protection des personnes a émis un avis positif (N °: CPP 12/10); l'étude est enregistrée sous le numéro 2011-A01318-33 EUDRACT.

Un joueur est dit excessif s'il répond positivement à au moins trois des critères du DSM IV. Si le joueur a un score à 0, il est considéré comme récréatif, ou joueur social. Pour un score compris entre 1 et 2, le joueur est symptomatique, sans problème majeur avec le jeu. Il est toujours considéré comme un « joueur social », néanmoins sa pratique peut devenir à risque de développer un problème avec le jeu. Lorsque le score obtenu est compris entre 3 et 4, la pratique du jeu est dite problématique. Le jeu pathologique est avéré si le joueur obtient un score supérieur ou égal à 5, Le jeu excessif comprend le jeu problématique et le jeu pathologique. Ces items correspondent aux numéros 26 à 35 de notre questionnaire (annexe). Les données

ont été saisies dans un tableau pour une double lecture à l'aide du logiciel Readsoft. Pour évaluer le degré de dépendance, nous avons effectué une analyse bivariée en croisant la variable dépendante « jeu » et chaque variable indépendante étudiée.

Nous avons croisé la variable quantitative "âge" avec "jeu d'argent et de hasard excessif" par un test non paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon. Nous avons croisé les variables qualitatives (comme celles des différentes situations, présence de trouble psychiatrique…) et un jeu d'argent et de hasard excessif en utilisant un test d'indépendance du Khi deux si les conditions d'application étaient remplies, ou un test exact de Fisher le cas échéant.

Pour toutes les analyses statistiques, les résultats ont été considérés comme significatifs avec un risque d'erreur de type I fixé à 5%. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 22.0.

Afin d'évaluer la liaison entre les variables, une analyse de régression logistique binaire multivariée a été réalisée. Dans le but de minimiser la présence de liaisons entre les variables explicatives qui auraient eu un impact sur l'estimation du modèle, une analyse par composantes principales (ACP) a été réalisée pour les variables binaires « facteurs de risque connus de jeu excessif » du questionnaire. Le diagramme du cercle de corrélation a permis de retenir les 3 variables les plus représentatives de ce groupe à inclure dans le modèle de régression logistique. Les variables explicatives introduites dans le modèle étaient celles qui avaient un degré de significativité inférieur à 0,05 lors des analyses bivariées ainsi que celles retenues par l'ACP et selon leur pertinence clinique évaluée.

Une méthode de sélection de variables pas à pas ascendante a été utilisée, avec un seuil d'entrée de 0,05. Le pouvoir discriminant du modèle a été évalué par l'aire sous la courbe ROC (AUC) et son intervalle de confiance à 95%. La calibration du modèle de régression logistique a été évaluée par le test de Hosmer et Lemeshow. Le nombre de sujets nécessaires est de 250.

3. RESULTATS

Trois associations sur 10 ont accepté la recherche [Douchy Poker Club (DPC), Hénin Beaumont Hold'em Poker Club (HBHPC) et Poker à Lille (PAL)] et 516 joueurs étaient présents aux tournois. Le questionnaire a été rempli par 65% (n=336) des joueurs. Soixante-trois questionnaires n'étaient pas complets pour le résultat principal. Trente joueurs sur les 273 ont été identifiés comme joueurs excessifs, soit une prévalence de jeu d'argent et de hasard excessif de 11,0% [7; 15]. Étant donné le nombre d'événements de "jeux d'argent et de hasard excessif" (n = 30) dans le modèle, nous avons inclus un maximum de six variables, en tenant compte des recommandations de Concato Peduzzi [16]

Parmi les 273 joueurs, 8,4% (n = 23) étaient des femmes. Parmi les joueurs excessifs, le sex-ratio était d'une femme pour 29 hommes (p = 0,49). L'âge médian n'était pas statistiquement significatif entre le groupe "jeu d'argent et de hasard excessif" (28 ans [21; 32]) et le groupe "jeu non excessif" (25 ans [25; 37] (p = 0,06)). Il existait une association significative entre le jeu d'argent et de hasard excessif et le mariage (26,7% contre 58,9%; p <0,001) ou le fait d'avoir un colocataire (23,3% contre 4,5%; p <0,01). Il existait un lien entre le budget mensuel consacré au jeu et le jeu d'argent et de hasard excessif (7,7% contre 1,8%; p <0,001) et avec la dépense maximale journalière (p <0,001). Parmi les troubles psychiatriques, la consommation de cannabis était associée au jeu d'argent et de hasard excessif (0,10 contre 0,02, p <0,05). L'association n'était pas

significative avec le nombre d'enfants (p = 0,64) ni avec un emploi stable (p = 0,41) ou un revenu mensuel (p = 0,37).

Les résultats de l'analyse multivariée montrent un risque très élevé d'être un joueur excessif de poker pour ceux qui dépensent au moins 200€, jouent à la roulette ou jouent pour échapper à une difficulté de la vie (tableau I).

Variable	Odds-Ratio (OR)	Confidence interval at 95% of OR	p*
vit en couple	0.2	[0.04 – 0.63]	0.010
dépense maximale en un jour			
Moins de 200€	1.0	-	-
200 à 500 €	5.70	[1.37 - 23.38]	0.016
plus de 500€	56.4	[8.53 - 372.10]	<0.001
jouer après une difficulté de la vie	6.50	[1.38 - 30.38]	0.018
considère le poker comme un loisir	0.10	[0.03 - 0.52]	0.004
joue à la roulette	7.50	[1.78 - 31.29]	0.006
Jouez-vous pour échapper à une difficulté de la vie, ou à des humeurs indésirables	69.5	[9.95 - 486.08]	<0.001

Tableau I : Régression logistique multivariée des facteurs de risque associés au « jeu excessif » (méthode d'ajout pas à pas, seuil d'entrée 0.05). * : Wald test

4. DISCUSSION

Les analyses statistiques ont mis en évidence un certain nombre de facteurs et nous ont amenés à établir un modèle prédictif du jeu d'argent et de hasard excessif. Les joueurs s'autorisant un budget quotidien supérieur à 500 € courent jusqu'à 56 fois plus de risques d'être excessifs. Ces données sont cohérentes avec ce que l'on trouve dans la littérature. Nower et Blaszczynski ont montré que les joueurs les plus exposés au jeu d'argent et de hasard excessif étaient ceux qui étaient moins disposés à fixer une limite financière avant de commencer à jouer à une forme de jeu électronique ou qui étaient moins susceptibles de recourir à des stratégies de contrôle des dépenses pendant le jeu [17]. Il est important de repérer cette population de joueurs excessifs dont le nombre est en augmentation ces dernières années [18].

De plus, le fait de chercher refuge dans le jeu pour contrôler les sentiments négatifs (anxiété, dépression, culpabilité) est corrélé à un risque de jeu d'argent et de hasard excessif 69,5 fois plus élevé. Hopley et Nicki ont montré que le risque de jeu d'argent et de hasard excessif concernait principalement les joueurs stressés, anxieux, déprimés ou impulsifs. Ces joueurs ont essayé de jouer plus pour oublier leurs soucis [19]. Le fait de retrouver aussi franchement le critère diagnostique « jouer pour échapper à des humeurs indésirables » pourrait permettre d'imaginer que cette population appartient à la classe des joueurs émotionnellement vulnérables telle que décrite par Blaszcynski dans sa typologie de joueurs, alors qu'intuitivement on les imaginerait plutôt dans la classe des joueurs impulsifs (dont on sait que cette dimension joue dans le développement et le maintien du jeu pathologique) [20]. Les troubles liés aux jeux d'argent et de hasard s'accompagnent également d'un taux élevé de troubles de la consommation d'alcool, de tabac et des autres drogues [21].

L'attrait pour d'autres jeux (tel que la roulette) en tant que facteur prédictif de jeu d'argent et de hasard excessif est un élément retrouvé dans d'autres études [22]. Pour optimiser l'accompagnement du joueur et

personnaliser la surveillance et les soins thérapeutiques, il est important de connaître le type de jeu préféré du joueur excessif.

Concernant les comorbidités addictives, le jeu d'argent pathologique est plus souvent associé à un trouble lié à l'usage d'alcool ou de cocaïne [23 ; 24]. Le fait d'avoir une comorbidité avec l'usage de cannabis n'est pas courant. Faut-il l'attribuer à l'âge de l'échantillon (moins de 30 ans) voire à un phénomène générationnel ? Il est toujours difficile d'interpréter ce qui relève d'un constat isolé.

Considérer le poker comme un passe-temps semble être un facteur de protection contre le jeu d'argent et de hasard excessif selon notre étude comme l'ont montré également Nower et Blaszczynski. Ces derniers n'avaient pas identifié comme un facteur de protection le fait d'être un joueur de poker et d'avoir une relation de couple [17]. Cependant les jeux d'argent et de hasard semblent liés à un risque accru de violences conjugales surtout de la part des joueurs problématiques [25]. Il ne faut pas pour autant oublier que les joueurs non problématiques peuvent présenter des effets néfastes dus à leur implication dans le jeu et nécessitent des mesures de prévention dites paradoxales [26].

La littérature montre que la population des joueurs de poker en ligne est plutôt masculine (66%) et a un âge inférieur à 40 ans pour ¾ d'entre eux [7]. Dans notre étude la population est plus jeune et plus masculine et peut s'expliquer par la disponibilité nécessaire pour participer au tournoi le dimanche. Cette population peut être la cible d'une campagne de prévention spécifique afin de détecter l'éventuel caractère excessif de leur pratique.

Les points forts de notre étude sont son caractère multicentrique (3 tournois de poker différents sur 3 dates différentes), le nombre de sujets inclus dans l'étude et la façon dont nous avons recueilli les réponses, ce qui nous a permis de limiter les biais de recrutement. Cependant, le nombre de joueurs correspondant aux critères de jeu d'argent et de hasard excessif était plus faible que ce que l'on trouve dans la littérature. La prévalence du jeu d'argent et de hasard excessif était de 11% dans notre étude. Wardle *et al* ont montré, parmi ceux qui jouent au quotidien, un taux allant jusqu'à 14,7 % [27]. Cela a influencé le choix de l'analyse statistique. Pour établir une régression de modèle plus précise, le nombre de joueurs excessifs recrutés aurait dû être au moins trois fois plus grand [28]. Des études à plus grande échelle pourraient être menées pour dépister les troubles liés aux jeux mais les outils fiables sont rares [29].

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec le sujet du présent article.

Citation de l'article : Joueur de poker : prévalence et facteurs prédictifs du jeu d'argent et de hasard excessif, Messaadi N, Calafiore M, Richard F, Duhamel A, Bayen S, Cottencin O. Alcoologie et Addictologie, 2022 (42)3 : 59-66.

5. REFERENCES

1. Evolution du chiffre d'affaires de l'industrie du jeu sur la période 2007-2017 | economie.gouv.fr [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/evolution-chiffre-daffaires-lindustrie-jeu-sur-periode-2007-2017
2. LOI n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne [Internet]. 2010-476 mai 12, 2010. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022204510
3. Joueurs info service : Les grands chiffres. http://www.joueurs-info-service.fr/grand-public/les-grands-chiffres/les-grands-chiffres/ (accessed 27 Sep2015).

4. Costes J-M, Eroukmanoff V, Richard J-B, Tovar M-L. Les jeux d'argent et de hasard en 2014. Les notes de l'observatoire des jeux. 2015;1 9.
5. Rôle et missions - ARJEL - Autorité de Régulation des Jeux En Ligne - site officiel. http://www.arjel.fr/-Role-et-missions-.html (accessed 5 Jul2015).
6. Tovar M-L, Costes J-M, Eroukmanoff V. Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012. Tendances - OFDT. 2013;1 6.
7. Eroukmanoff V, Costes J-M, Tovar M-L. Les joueurs de poker, une population présentant un profil particulier ? Tendances - OFDT. 2014;1 4.
8. Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012 - Tendances 85 - juin 2013 - OFDT. [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/jeux-argent-hasard-sur-internet-france-2012-tendances-85-juin-2013/ (accessed 5 Jul2015).
9. Play Online Poker with the World Series of Poker. [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: http://www.wsop.com/ .
10. Le Club des Clubs de Poker. [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: http://leclubdesclubs.org/index.php/accueil
11. Le Club des Clubs de Poker - Que faisons-nous ? [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: https://leclubdesclubs.org/le-cdc/que-faisons-nous
12. Dufour M, Brunelle N, Roy É. Are poker players all the same? Latent class analysis. J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming 2015; 31: 441–454.
13. Griffiths M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens B. Sociodemographic Correlates of Internet Gambling: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. Cyberpsychol Behav 2009; 12: 199–202.
14. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2005; 66: 564–574.
15. Wood RTA, Griffiths MD, Parke J. Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc 2007; 10: 354–361.
16. Peduzzi P, Concato J, Feinstein AR, Holford TR. Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis. II. Accuracy and precision of regression estimates. J Clin Epidemiol 1995; 48: 1503–1510.
17. Nower L, Blaszczynski A. Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming 2010; 26: 361–372.
18. Costes J-M, Richard J-B, Eroukmanoff V, Le Nézet O, Philippon A. Les Francais et les jeux d'argent et de hasard. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019. Tendances - OFDT. 2020;(138).
19. Hopley AAB, Nicki RM. Predictive factors of excessive online poker playing. Cyberpsychology Behav Soc Netw 2010; 13: 379–385.
20. Barrault S, Hegbe KG, Bertsch I, Courtois R. Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. Psychotropes. 2016;Vol. 22(3):65-81.
21. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 15 mai 2005;66(5):564 74.
22. Challet-Bouju G, Hardouin J-B, Renard N, Legauffre C, Valleur M, Magalon D et al. A Gamblers Clustering Based on Their Favorite Gambling Activity. J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming 2014. doi:10.1007/s10899-014-9496-8.
23. Shead NW, HODGINS DC, SCHARF D. Differences between Poker Players and Non-Poker-Playing Gamblers. International Gambling Studies. 1 août 2008;8(2):167-78.
24. Mihaylova T, Kairouz S, Nadeau L. Online Poker Gambling Among University Students: Risky Endeavour or Harmless Pastime? Journal of Gambling Issues. 1 déc 2013;0(28):1-18.
25. Roberts A, Landon J, Sharman S, Hakes J, Suomi A, Cowlishaw S. Gambling and physical intimate partner violence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). Am J Addict. janv 2018;27(1):7 14.
26. Browne M, Rockloff MJ. Prevalence of gambling-related harm provides evidence for the prevention paradox. J Behav Addict. 7(2):410 22.
27. Wardle H, Sproston K, Orford J, Erens B, Griffiths M, et coll. British gambling prevalence survey 2007. National Centre for Social Research; 2007
28. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16: 52–65.
29. Otto JL, Smolenski DJ, Garvey Wilson AL, Evatt DP, Campbell MS, Beech EH, et al. A systematic review evaluating screening instruments for gambling disorder finds lack of adequate evidence. J Clin Epidemiol. 7 janv 2020;120:86 93.

6. ANNEXE

N° d'Inclusion : |__|__|__|

« questionnaire chez les joueurs de poker de la région Nord-Pas-de-Calais »

1) Quel est votre sexe? Masculin ☐ Féminin ☐ *Quel est votre âge?* __ Ans

2) Avez-vous un emploi stable? Oui ☐ Non ☐ Profession :_____

3) *Dans quel département habitez-vous ?* 59 ☐ 62 ☐ Autre :_____

4) Quelle est votre situation? (plusieurs réponses possibles)

Vous vivez seul(e) ☐ chez vos parents ☐ étudiant(e) ☐ en colocation ☐ en couple ☐ divorcé(e) ☐

enfant(s) à charge ? non ☐ oui ☐ si oui combien ____

5) Quels sont approximativement vos revenus mensuels ?

Moins de 1000€ ☐ 1000 à 2000€ ☐ 2000 à 3000€ ☐ 3000 à 5000€ ☐ Plus de 5000 € ☐

6) Avez-vous déjà présenté ou été traité pour un (ou plusieurs) des problèmes suivants? (0 ou plusieurs réponses possibles)

Anxiété☐ Dépression ☐ Psychose ☐ Dépense excessive ☐

Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis ☐ Autre drogue ☐

7) Avez vous un budget maximum mensuel pour jouer au poker ?

Pas de budget, vous dépensez des sommes modérées ☐

Pas de budget, vous dépensez sans vraiment compter ☐ Vous avez un budget mensuel ☐

8) Combien avez-vous déjà dépensé au maximum en une journée pour jouer?

Moins de 200€ ☐ 200 à 500€ ☐ 500 à 1500€ ☐ 1500 à 3000€ ☐ plus de 3000€ ☐

9) Avez-vous déjà ressenti le besoin de jouer après une difficulté de la vie courante (dispute, problème de travail, stress…)? Oui ☐ Non ☐

10) Comment considérez-vous le poker? (Plusieurs réponses possibles)

Un moyen de gagner de l'argent ☐ Un moyen de changer de vie ☐ Un moyen d'éviter l'ennui ☐

Un moyen de vous « déstresser » ☐ Une recherche de sensations fortes ☐ Un loisir☐

11) Vous-arrive-t-il de jouer sans plaisir pendant plusieurs heures ? Oui ☐ Non ☐

12) Avez-vous déjà été déprimé pendant quelques jours, après avoir joué au poker ? Oui ☐ Non ☐

13) A quelle fréquence maximum jouez-vous au poker?

1fois/mois ☐ 1fois/quinzaine ☐ 1fois/semaine ☐ 2fois/semaine ☐ 3 à 5fois/semaine ☐ Tous les jours ☐

14) Arrivez-vous à faire des pauses de plusieurs mois sans jouer au poker? Oui ☐ Non ☐

15) Avez-vous un accès internet au domicile? Oui ☐ Non ☐

16) Où jouez-vous le plus souvent par ordre de fréquence? (indiquer 1 pour l'endroit où vous jouez le plus souvent, 2 pour le suivant, etc… si vous ne jouez dans aucun de ces endroits, ne rien indiquer.)

Casino ☐ Internet ☐ Parties privées ☐ Tournoi associatif ☐ Circuit «Professionnel» ☐

17) Jouez-vous en mode cash game? Oui ☐ Non ☐

18) Jouez-vous en mode tournoi ? Oui ☐ Non ☐

19) *Utilisez-vous souvent une de ces caractéristiques de jeu ? (0 ou plusieurs réponses possibles)*

Structure Turbo ☐ MultiTabling ☐ Tournoi avec Rebuy ☐ Tournoi satellite ☐ Buy-in > à 200€ ☐

20) *Lisez-vous des livres de stratégie sur le poker?*

Jamais ☐ Rarement ☐ Occasionnellement ☐ Régulièrement ☐

21) *Quel type de joueur de poker êtes-vous?*

Large-Passif ☐ *Large-Agressif* ☐ *Serré-Passif* ☐ *Serré-Agressif* ☐ *NSP* ☐

22) *Sur les 12 derniers mois, avez-vous fait des bénéfices grâce au poker?* Oui ☐ Non ☐

23) *Jouez-vous a certains des jeux suivants?*
Jeux de grattage☐ Loto☐ Courses de chevaux ☐ Paris sportifs☐ Machines à sous☐ Roulette☐ Black Jack ☐

24) Avez-vous déjà consommé un (ou plusieurs) des produits suivants quand vous jouez (ou juste avant de jouer) au poker ? Tabac☐ Alcool ☐ Cannabis☐ Autre drogue ☐ Rien ☐

25) Avez-vous menti à vos proches, pour dissimuler l'ampleur de vos habitudes de jeu (la fréquence à laquelle vous jouez ou les sommes que vous consacrez au poker) ? Oui ☐ Non ☐

26) Ressentez-vous le besoin de jouer sur des parties ou tables de plus en plus chères (avec des sommes d'argent croissantes), pour atteindre l'état d'excitation désirée? Oui ☐ Non ☐

27) Vous sentez vous préoccupé par le jeu (ex : remémoration d'expériences de jeu passées, prévision de tentatives prochaines ou des moyens pour jouer : argent) Oui ☐ Non ☐

28) Après avoir perdu de l'argent au poker, essayez-vous souvent de rejouer rapidement pour vous «refaire»? Oui ☐ Non ☐

29) Jouez-vous pour échapper à une difficulté de la vie, ou à des humeurs indésirables (ex : sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)? Oui ☐ Non ☐

30) Avez vous deja ressenti une agitation ou une irritabilité, lors des tentatives de réduction ou d'arrêt du poker ? Oui ☐ Non ☐

31) Avez-vous déjà fait des efforts répétés mais infructueux, pour mieux contrôler voire arrêter votre pratique du poker? Oui ☐ Non ☐

32) Avez-vous déjà mis en danger(ou perdu) une relation affective importante, un emploi, ou une possibilité d'étude ou de carrière à cause du poker? Oui ☐ Non ☐

33) Avez-vous déjà commis des actes illégaux tels que des falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer votre pratique du poker? Oui ☐ Non ☐

34) Vous arrive-t-il de compter sur les autres pour obtenir de l'argent pour continuer à jouer, ou pour vous sortir de situations financières difficiles à cause du jeu? Oui ☐ Non ☐

35) Estimez-vous avoir (ou avoir déjà eu) un problème avec le poker? Oui ☐ Non ☐

36) Si vous aviez un problème de jeu, en parleriez-vous à votre médecin traitant? Oui ☐ Non ☐

37) Si vous aviez un problème avec le jeu, en quoi votre médecin traitant pourrait-il vous aider?
Mieux gérer votre pratique du jeu ☐ Arrêter complètement le poker ☐ Autre ☐

38) Si vous aviez un problème avec le jeu, à qui en parleriez vous en priorité, pour vous permettre de résoudre ce problème ? (Une seule réponse)

Médecin généraliste ☐ psychiatre ou psychologue ☐ famille ☐ amis ☐
Association de joueurs ☐ joueurs anonymes ☐ Support ou groupe d'aide en ligne ☐

Souhaitez-vous que l'on envoie les résultats de votre questionnaire à votre médecin traitant ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous répondez Oui à la question précédente, merci de nous indiquer .

Nom de votre médecin traitant _____

Lieu du cabinet de votre médecin traitant : _____

Si vous pensez avoir un problème de jeu excessif, vous pouvez en parler à votre médecin généraliste, ou appeler le service d'addictologie du CHRU de Lille au 0320445946 pour obtenir une aide médicale.

LE PROJET EDITORIAL

Le projet éditorial détaillé est disponible sur le site https://sfalcoologie.fr/revue/
Alcoologie et Addictologie est une revue scientifique à comité de lecture. Elle publie des articles de recherche et de santé publique, ainsi que des articles offrant des perspectives contribuant à améliorer la qualité de la prévention et des soins pour les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives.

RUBRIQUES

- Recherche (étude originale et revue systématique)
- Mise au point
- Pratique clinique.
- Regard critique, incluant toute opinion constructive.
- Libres propos.
- Compte rendu de congrès.
- Analyses : recherche internationale et livres.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES MANUSCRITS

Les manuscrits sont d'abord évalués par le rédacteur en chef sur la base des critères suivants (quand ils sont applicables) : originalité et actualité, clarté rédactionnelle, adéquation de la méthodologie, validité des données, consistance des conclusions en en rapport avec les données, adéquation du sujet au cadre du projet éditorial. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rapidement refusés. Sinon, ils sont adressés à un rédacteur associe charge d'organiser une double lecture qualifiée du manuscrit. Alcoologie et Addictologie fait en sorte de communiquer une première décision dans les 8 semaines après la soumission. Les auteurs peuvent faire appel de la décision, une décision finale sera transmise aux auteurs après un nouvel examen par le rédacteur en chef.

POLITIQUE ÉDITORIALE

Aucun manuscrit, en tout ou partie, soumis à la revue ne peut être soumis simultanément à un autre journal. Le manuscrit ne doit pas avoir été publié dans autre journal ou sous tout autre support permettant de le citer (site internet). Il revient aux auteurs de s'assurer qu'aucun élément du manuscrit n'enfreint les règles du copyright ou les droits d'un tiers.

ÉTHIQUE

La soumission d'un manuscrit à Alcoologie et Addictologie implique que tous les auteurs ont lu et donné leur accord sur son contenu. Toute recherche expérimentale rapportée doit être réalisée après accord du Comité d'éthique adéquat. Un travail de recherche expérimentale ne disposant pas de l'accord préalable d'un comité d'éthique pour des motifs valables pourra cependant être accepté pour parution sous la rubrique Pratique clinique. Les études chez l'homme doivent être en accord avec la Déclaration d'Helsinki, et les recherches expérimentales chez l'animal suivre les recommandations reconnues au plan international. La mention au doit en figurer expressément dans le paragraphe Méthodes du manuscrit. Lorsqu'un article comporte des informations cliniques ou des photographies de patients, l'auteur doit mentionner l'obtention de leur consentement éclairé et le consentement écrit et signé de chaque patient doit être disponible si le comité de rédaction en fait la demande.

LIENS D'INTÉRÊT

Alcoologie et Addictologie demande aux auteurs de déclarer tout lien d'intérêt potentiel, d'ordre financier ou autre, en relation avec leur travail. Il convient de les lister à la fin de l'article. En l'absence de lien d'intérêt, l'information suivante sera mentionnée :"Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt".

POLITIQUE DE RECHERCHE

Alcoologie et Addictologie encourage les initiatives visant à améliorer la qualité des travaux de recherche biomédicale. Les auteurs sont encouragés à utiliser les références disponibles, par exemple les critères CONSORT pour les essais contrôlés randomisés. Alcoologie et Addictologie soutient l'enregistrement des essais cliniques.

CITATION D'ARTICLES DE ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Il convient de citer les articles publiés dans Alcoologie et Addictologie de la même manière que les articles de tout autre journal, selon le schéma suivant :

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010 ; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans la revue sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 22-5 et L 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Coûts de publication

Les coûts de publication dans Alcoologie et Addictologie sont pris en charge par la revue, aucune participation financière n'est demandée aux auteurs.

Tiré à part

Un tiré à part au format électronique, à diffusion limitée, est envoyé gracieusement à l'auteur correspondant.

Pour toute demande, contacter le secrétariat de rédaction
sfa@sfalcoologie.fr
Redacteur en chef : Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Couriel : revue@sfalcoologie.fr - https://sfalcoologie.fr/revue/

ABOUT THE JOURNAL

For further information, please refer to https://sfalcoologie.fr/revue/
Alcoologie et Addictologie is a peer reviewed scientific journal that provides a forum for clinical and public health, relevant research and perspectives that contribute to improving the the quality of prevention and care for people with unhealthy alcohol, tobacco, or other drug addictive or behaviors.

PUBLICATION

- Research (Original studies and Systematic reviews)
- Reviews.
- Clinical practice includes case reports and case studies.
- Critical eye includes all sound, constructive and contributory reflections
- and opinions.
- Letters to the editor.
- Meeting reports.
- International research analysis and Book reviews.

PEER-REVIEW POLICIES

Manuscripts are first evaluated by the Editor-in-Chief based on the following criteria (where applicable): originality and timeliness, clarity of writing, appropriateness of 10 research methods, validity of data, strength of the conclusions and whether the data support them, and whether the topic falls within the scope of the journal. Manuscripts that do not meet these criteria are rejected promptly. Otherwise, manuscripts are sent to the Associate Editor entrusted with organizing relevant expertise for evaluation. Alcoologie et Addictologie aims to provide a first decision within 8 weeks of submission. Authors may appeal a decision, and the Editor-in-Chief will normally consider the appeal and make a final decision.

EDITORIAL POLICIES

Any manuscript, or substantial parts of it, submitted to the journal must not be under consideration by any other journal. In general, the manuscript should not have already been published in any journal or other citable form. Authors are required to ensure that no material submitted as part of a manuscript infringes existing copyrights, or the rights of a third party.

ETHICAL GUIDELINES

Submission of a manuscript to AIcoologie et Addictologie implies that all authors have read and agreed to its content. Any experimental research that is reported in the manuscript should be be performed with the approval of an appropriate ethics committee. Manuscript reporting experimental research without prior approval from an ethics committee can be considered as Clinical practice if a reasonable justification is provided. Research carried out on humans must be in compliance with the Helsinki Declaration, and any experimental research on on animals must follow internationally recognized guidelines. A statement to this effect must appear in the Methods section of the manuscript.
For all articles that include information or clinical photographs relating to individual patients, informed consent should be mentioned, written and signed consent from each patient to publish must also be made available.

COMPETING INTERESTS

Alcoologie et Addictologie requires authors to declare any competing financial or other interest in relation to their work. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles.
Where an author gives no competing interests, the listing will read "The author(s) declare that they have no competing interests"

STANDARDS OF REPORTING

Alcoologie et Addictologie supports initiatives aimed at improving the reporting of biomedical research. Authors are encouraged to make use of checklists available such as CONSORT criteria for randomized controlled trials. Alcoologie et Addictologie also supports prospective registering and numbering of clinical trials.

CITING ARTICLES IN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Articles in in Alcoologie et Addictologie should be cited in the same way as articles in a traditional journal. Article citations follow this format:
Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Any complete or partial reproduction or representation, by any process, of the pages published in the journal, without the publisher's permission, is prohibited and constitutes an infringement of copyright. Only reproductions strictly reserved for private use use and not intended for collective use and brief quotations, justified by the scientific or informative nature of the article friom which they are taken, will be authorized (art. L. 122-4, L. 122-5 and L. 335-2 of the french Intellectual Property Act).

Publication costs

The publication costs for Alcoologie et Addictologie are covered by the journal, so authors do not need to pay an article-processing charge.

Offprint

An electronic offprint (PDF format)- limited distribution - is sent free of charge to the corresponding author.

For further information, please contact: sfa@sfalcoologie.fr
Editor-in-Chief: Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - E-mail : revue@sfalcoologie.fr - https://sfalcoologie.fr/revue/

alcoologie et addictologie