

alcoologie et addictologie

T46 N1

LA REVUE

Mai 2026

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 Daepfen
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 : +33 6 60 58 06 05

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème
étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : +33 6 60 58 06 05

Dépôt Légal mars 2020/ISSN 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).

T46 N1 Mai 2026

- **Addictologie : penser les angles morts pour transformer les pratiques**
Mickael Naassila
- **Conduites addictives en milieu anesthésique dans les quatre CHU de Ouagadougou (Burkina-Faso)**
Agossa Koami Aboflan, Almoustapha Cisse, Lidawè Ahloma, Kapounè Karfo
- **Besoins et difficultés des patients sous traitements de substitution aux opiacés en CSAPA : apports potentiels de l'infirmier en pratique avancée**
Christophe Merono, Gilles Montfort
- **Santé sexuelle et gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives : enjeux et spécificités de la prise en charge par une sage-femme en addictologie**
Cécile North, Laurence Lalanne
- **Consommation d'alcool et de tabac chez les personnes hospitalisées dans les établissements de santé disposant d'un service d'urgence en Normandie en 2020**
Leslie Kouam, Annabelle Yon, Marie Van Der Schuren, Alexandre Baguet, Nicolas Cabé, Mélanie Martel
- **Changer d'état pour survivre : processus borderline addictif**
Frédérique Le Montagner, Didier Acier



SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie Mai 2026 ; T46 N1 : 1-63

Editorial

- 1 Addictologie : penser les angles morts pour transformer les pratiques

Recherche

- 6 L'efficacité Conduites addictives en milieu anesthésique dans les quatre CHU de Ouagadougou (Burkina Faso)
- 17 Besoins et difficultés des patients sous traitements de substitution aux opiacés en CSAPA : apports potentiels de l'infirmier en pratique avancée
- 25 Santé sexuelle et gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives : enjeux et spécificités de la prise en charge par une sage-femme en addictologie
- 36 Consommation d'alcool et de tabac chez les personnes hospitalisées dans les établissements de santé disposant d'un service d'urgence en Normandie en 2020
- 46 Changer d'état pour survivre : processus borderline addictif

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 Daepfen

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 : +33 6 60 58 06 05

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : +33 6 60 58 06 05



CONTENTS

Alcoologie et Addictologie Mai 2026 ; T46 N1 : 1-63

Editorial

- 1 Addictology: Addressing Blind Spots to Transform Practices

RESEARCH

- 6 Addictive Behaviors in Anesthesia Settings in the Four University Hospitals of Ouagadougou (Burkina Faso)
- 17 Needs and Difficulties of Patients Receiving Opioid Substitution Treatment in CSAPAs: Potential Contributions of Advanced Practice Nurses
- 25 Sexual and Gynecological Health of Women Using Psychoactive Substances: Challenges and Specific Features of Care Provided by Midwives in Addictology
- 36 Alcohol and Tobacco Consumption Among Hospitalized Individuals in Healthcare Facilities with an Emergency Department in Normandy in 2020
- 46 Changing State to Survive: The Addictive Borderline Process

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 Daepfen

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 : +33 6 60 58 06 05

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : +33 6 60 58 06 05

EDITORIAL

Addictologie : penser les angles morts pour transformer les pratiques

Pr. Mickael Naassila



Président de la Société Française d'Alcoologie et Addictologie SF2A

Correspondance : Université de Picardie Jules Verne, Centre Universitaire de Recherche en Santé, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances, Unité INSERM UMR1247, Chemin du Thil, 80025, Amiens. Email : mickael.naassila@inserm.fr

Il est des numéros de revue qui, au-delà de la diversité apparente des contributions, révèlent en creux une réalité plus profonde. Celui-ci en fait partie. À travers des travaux portant sur les parcours de soins en CSAPA, les consommations en milieu hospitalier, les conduites addictives chez les soignants, les spécificités féminines ou encore les dynamiques psychiques complexes associées aux troubles de la personnalité, ce numéro dessine un paysage cohérent. Un paysage qui, loin de conforter une vision stabilisée de l'addictologie, en expose au contraire les limites, les angles morts et, osons le dire, certaines impasses. Car c'est bien de cela qu'il s'agit : une discipline qui, malgré des avancées indéniables, reste profondément fragmentée, inégalement structurée et encore trop souvent incapable de penser ses propres zones d'ombre.

Les travaux présentés ici le rappellent avec force. Les patients sous traitements de substitution aux opioïdes décrivent des parcours marqués par des obstacles organisationnels persistants, une ambivalence thérapeutique et des ruptures de suivi qui interrogent directement la capacité collective à assurer une continuité des soins. Les données hospitalières confirment, quant à elles, l'omniprésence des consommations d'alcool et de tabac dans les établissements de santé, tout en soulignant les limites des dispositifs actuels de repérage et de prise en charge. L'étude menée auprès du personnel d'anesthésie rappelle que les professionnels de santé eux-mêmes constituent une population à risque, exposée à des niveaux élevés de consommation et de dépendance dans un contexte de stress et d'accessibilité accrue aux drogues (pour ne pas dire « substances ». Au passage, cette grande frilosité à utiliser le mot « drogue » dans le champ des addictions m'a toujours semblé exagérée et fera sans doute l'objet d'un prochain éditorial.). Enfin, les données concernant les femmes mettent en évidence une vulnérabilité majeure, encore insuffisamment intégrée dans les pratiques, notamment en matière de santé sexuelle, de violences et d'accès aux soins.

Ces résultats ne sont pas anecdotiques. Ils sont systémiques. Ils révèlent une réalité que nous avons trop longtemps contournée : l'addictologie ne souffre pas d'un manque de connaissances, mais d'un défaut d'intégration. Nous savons. Nous documentons. Nous publions. Mais nous transformons insuffisamment. Et il faut avoir l'honnêteté de le dire : dans certains domaines, nous tournons même en rond. Pour reprendre une formule chère à Yves Robert, « **nous tournons en rond... et cela ne tourne pas rond** ». Derrière cette apparente formule d'esprit se cache une réalité plus préoccupante : une difficulté persistante à faire évoluer les organisations, à décloisonner les approches et à traduire les connaissances en transformations concrètes des pratiques. Ce constat s'inscrit dans un contexte plus large où l'écart entre les données probantes et leur mise en œuvre reste considérable. L'OMS estime que moins de 20 % des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool reçoivent un traitement approprié (WHO, 2018). Les approches de type RPIB, pourtant validées et largement promues depuis plus de deux décennies, demeurent encore insuffisamment déployées à grande échelle. Autrement dit, nous disposons d'outils efficaces, mais nous peinons à les rendre opérationnels dans le réel des pratiques.

Pourquoi cet écart persiste-t-il ? Parce que nous continuons à penser l'addiction en silos. Silo somatique versus psychique. Silo hospitalier versus médico-social. Silo prévention versus traitement. Silo populations générales versus populations spécifiques.

Et il faut parfois avoir le courage de reconnaître que ces cloisonnements ne sont pas seulement théoriques ou organisationnels : ils traversent aussi nos institutions, nos cultures professionnelles et nos territoires. Dans certaines villes, Amiens en étant malheureusement une illustration particulièrement emblématique, depuis près

de trois décennies, l'addictologie peine encore à se structurer réellement autour d'une vision intégrée, prisonnière de rivalités historiques entre secteurs psychiatriques et somatiques, entre hôpital et médico-social, entre hépatologie et psychiatrie, ou encore d'une difficulté persistante à reconnaître l'addictologie comme une priorité médicale, universitaire et de santé publique à part entière. Ces tensions ne relèvent pas d'échecs individuels. Elles traduisent surtout notre incapacité collective à dépasser des logiques institutionnelles héritées pour construire des parcours cohérents centrés sur les patients.

Or, les travaux présentés dans ce numéro démontrent précisément que ces clivages ne tiennent plus. Les patients ne sont pas "des cas" mais des trajectoires. Les consommations ne sont pas des événements isolés mais des processus inscrits dans des contextes sociaux, psychiques et environnementaux complexes. Les vulnérabilités ne s'additionnent pas, elles s'entrelacent et se renforcent.

Dans ce contexte, persister à segmenter revient, en pratique, à échouer. L'exemple des troubles de la personnalité borderline est particulièrement éclairant. L'approche phénoménologique et psychodynamique proposée ici rappelle que les conduites addictives peuvent s'inscrire dans des dynamiques de rupture, de dissociation et de régulation émotionnelle qui excèdent largement les modèles comportementaux classiques. Cette complexité impose de dépasser les approches standardisées pour intégrer des modèles plus fins, articulant neurobiologie, psychologie et environnement. Refuser cette complexité, c'est produire des réponses simplifiées à des problèmes qui ne le sont pas.

De la même manière, les données sur les femmes illustrent l'impasse d'une approche prétendument "neutre" de l'addiction. Non seulement les trajectoires diffèrent, mais les conséquences somatiques, sociales et psychiques sont souvent plus sévères. Ignorer cette spécificité, c'est produire une médecine inadaptée, voire injuste. C'est aussi, d'une certaine manière, accepter que certaines vulnérabilités restent dans l'angle mort des politiques de santé.

Il faut ici être clair : l'addictologie ne peut plus se contenter d'être une discipline d'expertise. Elle doit devenir une discipline de transformation. Cela suppose d'assumer plusieurs ruptures. Une rupture organisationnelle, d'abord. L'intégration des soins, la coordination des acteurs, le décloisonnement entre hôpital et médico-social, ainsi que le développement de pratiques avancées, comme le suggèrent les travaux sur les IPA en CSAPA, ne doivent plus être considérés comme des options mais comme des exigences structurelles. Une rupture épistémologique, ensuite. L'addiction ne peut plus être pensée uniquement à travers le prisme du produit ou du comportement. Elle doit être envisagée comme un phénomène dynamique, multidimensionnel, évolutif. Les approches intégratives, combinant données cliniques, dimensions psychologiques, facteurs environnementaux et biomarqueurs, offrent ici des perspectives particulièrement prometteuses.



RECHERCHE

Conduites addictives en milieu anesthésique dans les quatre CHU de Ouagadougou (au Burkina Faso)

Agossa Koami Aboflan^{1, 2,*}, Almoustapha Cisse², Lidawè Ahloma², Kapouné Karfo²

¹ Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Éducation, Burkina Faso

² Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

* Correspondance : Agossa Koami ABOFLAN ; Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Éducation, Burkina Faso. Email : nicobersong@yahoo.fr

Résumé :

Introduction : De manière générale, la prévalence de la dépendance aux substances psychoactives est élevée chez le personnel d'anesthésie-réanimation. Le personnel d'anesthésie-réanimation dans les CHU de Ouagadougou ne fait pas sans doute l'exception. L'objectif de notre étude était d'étudier les conduites addictives du personnel de santé dans les services d'anesthésie des CHU de Ouagadougou. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude multicentrique, transversale quantitative à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er novembre 2023 au 1er octobre 2024. Tout le personnel d'anesthésie-réanimation répondant aux critères de l'étude avait été inclus. Les données avaient été recueillies en ligne via Kobocollect et avec des fiches. **Résultats :** Nous avons obtenu un taux de participation de 62,1 %. La prévalence de consommation de substances était de 69,7 %. La caféine était la plus consommée, suivie de l'alcool, ensuite du tabac, puis le thé. On retrouvait 51,7 % de cas de poly-consommation. La prévalence de la dépendance aux substances était de 41 %. La dépendance au tabac, à l'alcool et aux autres produits, étaient respectivement de 88,2 % ; 16,5 % et 62,4 %. La surcharge au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice et la privation de sommeil augmentent le risque de dépendance. **Conclusion :** Les prévalences de la consommation et de la dépendance aux substances sont élevées dans notre étude. La connaissance des facteurs de risque permettra la prévention et/ou la prise en charge de ces conduites addictives.

Mots clés : Consommation, Abus, Dépendance, Substances psychoactives, Personnel d'anesthésie-réanimation, CHU, Ouagadougou

Abstract:

Introduction: The prevalence of psychoactive substance dependence is high among anesthesia and intensive care staff. Anesthesia and intensive care staff at the Ouagadougou University Hospitals are undoubtedly no exception. The objective of our study was to examine the addictive behaviors of healthcare staff in the anesthesia departments of the Ouagadougou University Hospitals in Burkina Faso in order to take stock of the situation. **Methodology:** This descriptive cross-sectional study took place from November 1, 2023, to October 1, 2024, on 211 anesthesia and intensive care staff from the four university hospitals in Ouagadougou. Data were collected online via Kobocollect and physical forms. **Results:** We obtained a participation rate of 62.1 %. The overall prevalence of substance use was 69.7 %. Caffeine was the most commonly consumed substance, followed by alcohol, then tobacco, and then tea. There were 51.7 % of cases of poly-drug use. The prevalence of substance dependence was 41 %. Addiction to tobacco, alcohol, and other substances was 88.2 %, 16.5 %, and 62.4 %, respectively. Work overload, job stress, years of experience, and sleep deprivation increase the risk of addiction. **Conclusion:** The prevalence of substance use and dependence is high in our study. Knowledge of risk factors will enable the prevention and/or management of addictive behaviors.

Key words: Consumption, Abuse, Addiction, Psychoactive substances, Anesthesia and intensive care staff, University Hospital, Ouagadougou

1. INTRODUCTION

Les professionnels de la santé sont plus exposés au risque de mésusage de substances psychoactives que le grand public [1]. Parmi eux, les praticiens de l'anesthésie sont particulièrement exposés à l'addiction [2]. L'addiction se définit selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements [3]. Une substance psychoactive (SPA) s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect [4]. Selon une enquête de Meeusen et al., l'addiction est le principal risque professionnel des praticiens de l'anesthésie [5]. Pour certains auteurs, ceci peut s'expliquer par le fait que l'anesthésie et la réanimation sont des métiers difficiles, faits de contraintes et d'un stress professionnel élevé avec une exposition et un accès facile à des substances addictives que représentent les agents anesthésiques [6,7,8].

Malheureusement, l'addiction aux agents anesthésiques ne représente qu'une partie du problème des dépendances chimiques qui incluent, les drogues licites que sont le tabac et l'alcool, mais aussi d'autres agents de la pharmacopée comme les antidépresseurs et les sédatifs et parfois des drogues illicites [9]. Cette consommation de substances psychoactives, par le personnel d'anesthésie-réanimation, est un vrai problème qui engage non seulement leur propre santé mais peut aussi affecter la sécurité des patients [10], entraînant parfois des accidents mortels [11,12]. Selon une étude réalisée en Grande Bretagne en 2007, le taux de mortalité lié à l'abus de substances chez les anesthésistes était de 26 à 38 % [2]. Des auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle les facteurs de risque d'abus de substances pourraient et devraient être reconnus et traités dans le cadre de l'enseignement [13,14,15]. Au regard de l'ampleur du phénomène, il est essentiel pour la sécurité des patients de s'attaquer efficacement à ce problème [13,18]. À cet effet, des études menées en France [14,19] ; aux Etats-Unis [18] et en Grande-Bretagne [20] retrouvent des taux importants de personnel ayant développé une addiction. En Afrique, des études réalisées au Maroc [10] et au Sénégal [21] sont parvenues à la même conclusion. Au Burkina Faso, dans une étude menée chez le personnel de santé de manière générale, sur la seule consommation de tabac, 44,40 % ont déclaré avoir essayé le tabac [22]. Il n'existe aucune donnée sur ce phénomène spécifiquement en milieu anesthésique malgré la gravité et les conséquences délétères qui peuvent en découler. Ainsi, cette étude a été initiée pour examiner les conduites addictives du personnel des services d'anesthésie-réanimation des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Ouagadougou afin de déterminer la prévalence de l'abus de substances et les facteurs qui y contribuent. Elle permettra de connaître les facteurs de risque associés afin de proposer des recommandations pour la prévention de ces conduites addictives.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Cadre de l'étude

Cette étude transversale a été conduite de novembre 2024 à octobre 2025 dans les 4 CHU de Ouagadougou à savoir le CHU Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), le CHU pédiatrique Charles De Gaulle (CHU-PCG), le CHU de Bogodogo (CHU-B) et le CHU de Tengandogo (CHU-T).

2.2. Population d'étude

La population d'étude a concerné tout le personnel d'anesthésie-réanimation travaillant dans l'un des CHU de Ouagadougou au moment de l'étude et ayant donné leur consentement. Il s'agit des médecins titulaires, des médecins en spécialisation, des attachés de santé en anesthésie et des garçons et filles de salle. L'attaché de santé en anesthésie et réanimation est un infirmier spécialisé en anesthésie et réanimation. Il assiste le médecin anesthésiste et le remplace parfois dans certains centres à cause de l'insuffisance de spécialistes. Les garçons et filles de salle communément appelés les gardes malades, veillent sur les malades, se chargent de les emmener au bloc opératoire et y assurent aussi l'entretien.

2.3. Taille de l'échantillon

Le recrutement a été exhaustif. Ceci pour atteindre un maximum de personnel et donner à l'étude une portée multicentrique. En effet, tout le personnel répondant aux critères d'inclusion avait reçu les fiches physiques ou numériques.

2.4. Outil de collecte des données

Un questionnaire semi-structuré a été administré pour la collecte. Le questionnaire a été divisé en 3 sections : les caractéristiques sociodémographiques ; les types de consommation et les échelles d'évaluation de la consommation.

Les dix items du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [14][23] ont été utilisés pour quantifier la consommation d'alcool. Le score AUDIT 0 (consommation d'alcool inférieure à une fois par mois) à 35. Un score ≥ 8 chez les hommes et ≥ 7 chez les femmes, indique une situation d'abus. Un score > 12 chez les hommes et > 11 chez les femmes indique une situation de dépendance. Un score < 8 chez les hommes et < 7 chez les femmes indique une situation de consommation non préjudiciable ou d'abstinence.

La dépendance au tabac a été évaluée par le score de Fagerström [14][24] : les consommateurs avec un score entre 0 et 2 étaient considérés comme n'ayant pas de dépendance ; entre 3 et 4 : dépendance faible ; entre 5 et 6 : dépendance moyenne ; entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Le test de Cungi [14][25], est une échelle générale de dépendance qui a été adaptée aux neuroleptiques, drogues,

antidépresseurs, anesthésiques et autres substances : Un nombre de "oui" supérieur ou égal à deux indiquait une dépendance. Plus le nombre de "oui" s'élevait, plus la dépendance était grande.

Ces échelles ne sont pas encore validées au Burkina Faso.

Avant l'évaluation du degré de dépendance, les professionnels ont été classés en "consommateurs" et "non consommateurs" pour la consommation de l'alcool et celle des autres substances ; en "fumeurs" et "non-fumeurs" pour la consommation du tabac.

L'abstinence dans notre cas est l'absence de consommation d'une substance. La consommation non préjudiciable est la consommation modérée d'une substance, qui n'entraîne aucun problème de santé physique ou psychique et qui ne présente aucun risque de les provoquer. L'abus est défini comme une consommation régulière d'une substance nuisible au plan physique, psychologique, émotionnel ou social, telle qu'elle est à l'origine de problèmes de santé. La dépendance à une substance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance psychoactive, caractérisé par des réponses comportementales incluant une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique pour retrouver ses effets ou éviter le malaise.

2.5. Procédure de collecte des données

Elle a été faite simultanément en ligne via l'application Kobocollect et grâce à des fiches d'enquête physiques. Ainsi, le questionnaire numérisé a été diffusé via la messagerie WhatsApp du personnel soit de manière individuelle, soit dans les groupes. Pour les fiches physiques, nous nous sommes rendus dans les différents services suivant la disponibilité du personnel pour présenter et partager le questionnaire. Le remplissage a été optionnel et unique.

2.6. Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques sociodémographiques et les scores de dépendance aux substances. Les associations entre les variables ont été explorées à l'aide de tests du chi carré, avec une signification statistique fixée à $p < 0,05$. Une régression logistique binaire a été utilisée pour identifier les facteurs prédictifs potentiels.

3. RESULTATS

3.1. Etude descriptive

Au total, sur les 304 personnels d'anesthésie et réanimation présents dans les CHU, 218 ont participé à notre étude dont 63 via Kobocollect et 155 à l'aide des fiches physiques. Parmi les 155 fiches physiques remplies, 7 étaient inexploitable car incomplètes ou mal remplies. Nous avons donc 211 personnels inclus soit un taux de participation global de 62,1 %. Les antécédents personnels et familiaux de consommation étaient respectivement de 2,8 % et 1,4 %. Parmi les enquêtés ; 30, 3 % ont déclaré avoir connu ou connaître au moins un collègue qui a des problèmes de consommation de substances.

Caractéristiques sociodémographiques du personnel

La tranche d'âge de 45-54 ans était la plus représentée avec 46,5 %. Le sexe masculin représentait 55,9 % avec un sexe ratio de 1.3 et 73,9 % des enquêtés étaient mariés. La plupart des répondants avait un nombre d'enfants compris entre 1 et 3 soit 70,1 %. Le tableau suivant indique la répartition du personnel selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Âge		
<34 ans	35	16,6
35-44 ans	64	30,3
45-54 ans	98	46,5
55 ans et plus	14	6,6
Sexe		
Masculin	118	55,9
Féminin	93	44,1
Situation matrimoniale		
Marié(e)	156	73,9
Célibataire	31	14,7
Concubinage	13	6,2
Veuf(ve)	6	2,8
Divorcé(e)	5	2,4
Nombre d'enfants		
0	25	11,9
1 à 3	148	70,1
4 ou plus	38	18,0

Tableau 1. Répartition du personnel selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques professionnelles

Les attachés de santé en anesthésie étaient majoritaires avec 48,8 %. Les garçons et filles de salle représentaient 23,2 %. Les médecins titulaires étaient les moins représentés avec 3,8 %. Le nombre d'années d'exercice le plus représenté était de plus de 10 ans soit 47,4 %.

Prévalence selon le type de substance consommée

La prévalence globale de la consommation de substances du personnel d'anesthésie dans les hôpitaux de Ouagadougou était de 69,7 %. L'alcool était consommé dans 54,5 % des cas ; et les produits autres que le tabac et l'alcool dans 40,3 % des cas. Les fumeurs étaient au nombre de 17 soit 8,1 %. On retrouvait 51,7 % de cas de poly-consommation et 48,3 % de cas de mono-consommation. Le tableau 2 indique la prévalence selon le type de substance consommée

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
Tabac		
Non-fumeurs	194	91,9
Fumeurs	17	8,1
Alcool		
Non consommateurs	96	45,5
Consommateurs	115	54,5
Autres produits		
Non consommateurs	126	59,7
Consommateurs	85	40,3

Tableau 2. Prévalence selon le type de substance consommée.

Dans la tranche "autres produits", la caféine était le plus consommé avec 75 %, ensuite le thé avec 14 %, puis suivent les agents anesthésiques dans 3 %. Les consommateurs de cannabis représentaient 2 %. Les détergents (produits utilisés pour le nettoyage des surfaces) sont consommés par 4 % des répondants. La figure 1 montre la répartition du personnel selon les autres produits consommés.

Dépendance aux substances consommées

Dans notre étude, 41 % des répondants avaient une dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances consommées. Sur les 17 participants qui consomment le tabac, 35,3 % avaient une dépendance forte ; 35,3 % une dépendance moyenne et 17,7 % une dépendance faible. Le tableau 3 montre la sévérité de la dépendance selon le tabac. Comme l'indique le tableau 4, parmi les 115 consommateurs d'alcool, la dépendance était présente dans 16,5 % des cas. Sur les 85 qui consommaient les "autres produits" (la caféine, le thé, les agents anesthésiques, le cannabis, les détergents, hypnotiques, tranquillisants) 62,4 % avaient une faible à forte dépendance.

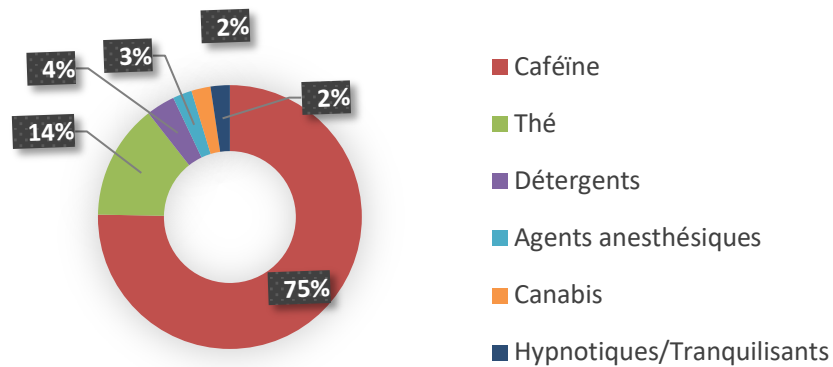


Figure 1. Répartition du personnel selon les autres produits consommés.

Dépendance au tabac	Effectif	Pourcentage (%)
Dépendance moyenne	6	35,3
Dépendance forte	6	35,3
Dépendance faible	3	17,7
Pas de dépendance	2	11,7

Tableau 3. Sévérité de la dépendance au tabac

Dépendance à l'alcool	Effectif	Pourcentage (%)
Consommation non préjudiciable	69	60,0
Abus	27	23,5
Dépendance	19	16,5

Tableau 4. Sévérité de la dépendance à l'alcool

Situations à risque

Parmi les motifs, le stress au travail était le plus évoqué par le personnel soit 33,2 % suivi de la surcharge au travail avec 19 %. La recherche de performance et le manque de repos ont été retrouvés respectivement dans 10,4 % et 6,2 % des cas. Les motifs les moins représentés étaient les accidents évités de justesse et les décès en salle respectivement dans 2,8 % et 1,4 %. La figure 2 montre les motifs à l'origine de la consommation des substances.

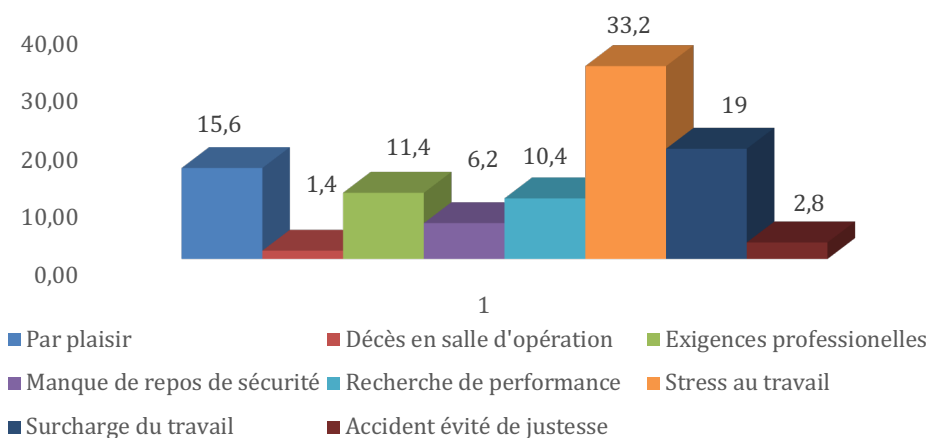


Figure 2. Motifs à l'origine de la consommation des substances

3.2. Etude analytique

Les participants ayant affirmé avoir beaucoup ($p = 0,02$) ou modérément ($p = 0,04$) un sentiment d'être surchargé ont 20 fois plus de risque d'être dépendant au tabac et ceux ayant déclaré avoir énormément un sentiment d'être surchargé ($p = 0,02$) présentent 16 fois ce risque (Tableau 5-a).

Avoir beaucoup ($p = 0,02$), légèrement ($p = 0,01$), ou modérément ($p < 0,0001$) un sentiment d'être stressé présente respectivement sept (7) ; cinq (5) et 12 fois plus de risque d'être dépendant à l'alcool. Être légèrement ($p < 0,0001$) et modérément ($p = 0,04$) surchargés au travail, augmentent de 19 et de quatre (4) fois le risque d'être dépendants à l'alcool (Tableau 5-b).

Les résultats de l'analyse montrent que le personnel ayant un nombre d'années d'exercice de moins de 5ans, ont 0.09 fois moins de risque d'être dépendants à un autre produit ($p = 0,001$), comparativement à leurs homologues ayant plus de 10 ans d'exercice. Être privé de sommeil légèrement ($p = 0,02$) ou modérément ($p=0,006$) multiplie par quatre (4) et par six (6) le risque d'être dépendants à un autre produit. Les participants ayant le sentiment d'être légèrement ($p = 0,03$) ou modérément ($p=0,04$) stressés ont tous quatre (4) fois plus de risque de présenter cette dépendance (Tableau 5-c).

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Sentiment d'être stressé						
Enormément	1			1		
Beaucoup	14,65	(3,59-18,81)	<0,0001	2,38	(0,37-10,07)	0,36
Modérément	1,42	(0,23-8,84)	0,71	0,23	(0,03-1,87)	0,17
Légèrement	1,73	(0,34-8,91)	0,51	0,33	(0,05-2,23)	0,26
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	1			1		
Beaucoup	21,75	(2,61-26,83)	0,004	19,77	(1,54-24,27)	0,02*
Modérément	12,08	(1,36-14,09)	0,03	20,01	(1,65-22,2)	0,02*
Légèrement	9,32	(0,93-12,24)	0,06	16,24	(1,15-25,27)	0,04*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Anxiété						
Non	1(réf.)			1(réf.)		
Oui	2,87	(0,99-8,33)	0,005	1,27	(0,33-4,84)	0,73

Tableau 5a. Facteurs associés à la dépendance au tabac à l'analyse multivariée

Les résultats de l'analyse montrent que le personnel ayant un nombre d'années d'exercice de moins de 5 ans, ont 0,09 fois moins de risque d'être dépendants à un autre produit ($p = 0,001$), comparativement à leurs homologues ayant plus de 10 ans d'exercice. Être privé de sommeil légèrement ($p = 0,02$) ou modérément ($p = 0,006$) multiplie par quatre (4) et par six (6) le risque d'être dépendants à un autre produit. Les participants ayant le sentiment d'être légèrement ($p = 0,03$) ou modérément ($p=0,04$) stressés ont tous quatre (4) fois plus de risque de présenter cette dépendance (Tableau 5-c).

4. DISCUSSION

4.1. Consommation des substances

Dans cette étude, le tiers du personnel (30,3 %) ne consommait aucun produit. Dans l'étude de Satoguina et al., 25 % du personnel ne consommait aucun produit [21]. Ceci dénote qu'une forte proportion de personnel adopte des conduites additives de manière générale. Bien qu'il existe des facteurs personnels pouvant rendre compte de ces conduites additives, l'environnement professionnel joue un rôle important à travers la disponibilité des produits, le stress professionnel et le burnout [39,40] et ce dans une grande proportion. Comme l'indique une enquête de la société française d'anesthésie et de réanimation, la population de professionnels d'anesthésie en burnout était de 62,3 % en 2009[38].

En ce qui concerne les produits les plus consommés nous retrouvons par ordre décroissant la caféine (75 %), l'alcool (54,5 %), le thé (14 %) et le tabac (8,1 %). Ensuite viennent les détergents (4 %), les agents anesthésiques (3 %), les hypnotiques (2 %) et le cannabis (2 %). La drogue faisait partie des produits les moins consommés. Au Sénégal, les produits les plus consommés étaient dans l'ordre, le thé (51,7 % des agents), le café (45 %), le tabac (16,7 %) et l'alcool (11,7 %) [21].

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Grade						
Attaché(e)	0,81	(0,37-1,79)	0,61	1,01	(0,30-3,54)	0,99
Garçon ou fille de salle	0,98	(0,40-2,39)	0,97	2,02	(0,57-7,17)	0,28
Infirmier(ère)	0,47	(0,14-1,51)	0,21	0,38	(0,06-2,65)	0,33
Médecin titulaire	5,16	(0,57-10,83)	0,14	5,32	(0,34-10,56)	0,23
DES	1(réf.)			1(réf.)		
Sexe						
Féminin	1(réf.)			1(réf.)		
Masculin	1,56	(0,89-2,69)	0,11	1,09	(0,48-2,51)	0,84
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	1			1	-	-
Beaucoup	8,47	(3,64-10,74)	<0,0001	3,34	(0,64-9,37)	0,15
Modérément	8,78	(3,78-12,37)	<0,0001	3,92	(1,04-7,80)	0,04*
Légèrement	33,89	(9,29-40,21)	<0,0001	18,65	(3,74-22,92)	<0,0001*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)	-	-
Sentiment d'être stressé						
Enormément	22,67	(2,56-28,47)	0,001	1	-	-
Beaucoup	12,59	(4,41-15,98)	<0,0001	6,79	(1,39-12,19)	0,02*
Modérément	18,35	(6,99-22,17)	<0,0001	12,28	(2,81-20,62)	<0,0001*
Légèrement	9,98	(4,46-12,33)	<0,0001	4,81	(1,40-8,48)	0,01*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Autres produits						
Aucun	2,19	(1,24-3,87)	0,001	2,54	(0,94-6,88)	0,07
Produits	1(réf.)			1(réf.)		
Privation du sommeil						
Enormément	19,03	(2,27-21,33)	0,01	1	-	-
Beaucoup	7,73	(2,33-10,71)	0,001	0,77	(0,09-6,53)	0,81
Modérément	6,59	(3,06-12,21)	<0,0001	1,08	(0,27-4,44)	0,91
Légèrement	7,67	(3,23-8,20)	<0,0001	1,01	(0,24-4,19)	0,99
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		

Tableau 5b. Facteurs associés à la dépendance à l'alcool à l'analyse multivariée

Les produits anesthésiques étaient consommés par une faible proportion tandis qu'aucune consommation de drogues illicites n'a été signalée [21]. Notre résultat est proche de celui de l'enquête nationale en France réalisée en 2001 en milieu anesthésique, où la substance la plus fréquemment incriminée était l'alcool [27]. La prédominance de la consommation de l'alcool par rapport au thé et au tabac retrouvée dans notre étude était également le cas dans la plupart des études. Tandis que dans celle de Satoguina et al à Dakar, le thé était le plus consommé. Le contexte sénégalais explique en partie cette différence. En effet, le Sénégal est un pays laïc, plus islamisé que le Burkina (96,8 % contre 63,8 %) [31,32], ce qui freine la consommation d'alcool. De plus, la reconnaissance de la consommation est plus difficile à obtenir dans un tel contexte [9], soulignant ainsi l'existence d'un biais de déclaration. On retrouve une similarité en ce qui concerne la consommation de produits anesthésiques et d'hypnotiques ; cependant comparativement à l'étude de Dakar, nous avons retrouvé des consommateurs de drogues même si faiblement représentés.

4.2. Dépendance aux substances consommées

Parmi nos enquêtés, 41 % avaient une dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances étudiées. Des études antérieures ont retrouvé 10,9 % de médecins selon l'enquête nationale en France [14] ; 6,67 % de médecins selon un rapport de la *British Medical Association* en Grande-Bretagne [20] et 9,8 % d'infirmiers anesthésistes aux Etats-Unis [18]. S'agissant du tabac, 35,3 % avaient une dépendance forte et très forte ; 35,3 % une dépendance moyenne ; 17,7 % une dépendance faible. Dans l'étude de Dakar, 6,67 % d'agents présentaient une dépendance faible à la nicotine et 3,33 % une dépendance moyenne. Les deux groupes de consommateurs ayant une dépendance forte et très forte représentaient chacun 1,67 % des agents [21]. La dépendance et l'abus de l'alcool étaient représentés respectivement dans 16,5 % et 23,5 % ; l'abus et la dépendance étaient plus fréquents chez l'homme que la femme. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés

à Dakar où 3,30 % avaient une dépendance à l'alcool et 8,33 % présentaient une consommation d'alcool à risque pour la santé ou une situation d'abus. Ces différences de résultats pourraient s'expliquer par le fait que nous avons inclus dans notre étude à part les médecins et DES, les infirmiers, les attachés de santé, les garçons et filles de salle contrairement aux autres études ; avec une forte dépendance retrouvée au niveau des attachés de santé suivi des garçons et filles de salle. Cependant, nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans l'enquête nationale en France où la majorité des consommateurs entraient dans la catégorie de l'abus ou de la dépendance à l'alcool [14].

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Consommation d'alcool						
Non	1(réf.)			1(réf.)		
Oui	2,19	(1,24-3,87)	0,007	0,52	(0,19-1,38)	0,19
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	18,67	(4,29-20,15)	<0,0001	2,56	(0,14-45,74)	0,52
Beaucoup	14,54	(5,82-18,29)	<0,0001	3,84	(0,67-22,08)	0,13
Modérément	9,88	(4,07-23,97)	<0,0001	1,71	(0,41-7,27)	0,46
Légèrement	6,56	(2,55-16,90)	<0,0001	1,87	(0,40-8,68)	0,43
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Nombre d'années d'exercice						
Moins de 5 ans	0,13	(2,38-22,65)	0,001	0,09	(0,17-0,49)	0,001***
6-10 ans	1,28	(1,94-10,35)	0,47	1,76	(0,71-4,38)	0,23
Plus de 10 ans	1(réf.)			1(réf.)		
Privation de sommeil						
Enormément	21	(3,95-26,44)	<0,0001*	16,23	(0,79-33,70)	0,07
Beaucoup	14,4	(4,39-18,35)	<0,0001*	2,74	(0,39-19,03)	0,31
Modérément	12,38	(5,43-17,55)	<0,0001*	5,99	(1,66-21,62)	0,006*
Légèrement	6	(2,56-12,26)	<0,0001*	4,22	(1,21-14,73)	0,02*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Sentiment d'être stressé						
Enormément	15,42	(2,68-22,68)	0,002*	0,71	(0,03-14,89)	0,83
Beaucoup	5,29	(1,98-12,17)	0,001*	0,76	(0,16-3,51)	0,73
Modérément	13,28	(5,42-15,57)	<0,0001*	4,21	(1,08-16,44)	0,04***
Légèrement	7,51	(3,29-10,08)	<0,0001*	3,84	(1,10-13,33)	0,03***
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		

Tableau 5-c. Facteurs associés à la dépendance aux autres produits à l'analyse multivariée

Plus de la moitié de nos enquêtés (62,4 %) avaient une faible à forte dépendance aux autres produits ; tandis que 37,7 % n'étaient pas dépendants. Au Maroc en 2011, l'abus et la dépendance à ces substances représentaient 4,5 % de l'ensemble des répondants [10]. Au Sénégal, 41 personnes (68,30 %) avaient une consommation occasionnelle et modérée de café et du thé ; 19 (31,70 %) une consommation excessive. Nos résultats supérieurs à ceux des précédentes études s'expliquent par le fait que nous avons inclus un large éventail de modalités dans la variable "autres produits" contrairement à ces études.

4.3. Motifs à l'origine de la consommation des substances

Le stress au travail était le motif le plus évoqué par le personnel, suivi de la surcharge au travail, de la recherche de performance, des exigences professionnelles, du manque de repos de sécurité. Les motifs les moins représentés étaient les accidents évités de justesse et les décès en salle. Ces motifs font écho aux motifs retrouvés dans des études menées dans d'autres contextes. Au Sénégal, Satoguina et al. avaient retrouvé les mêmes motifs, le stress au travail (85 %), la charge du travail (38,3 %), la recherche de performance (25 %) [21]. Dans l'enquête nationale en France en 2001, les facteurs les plus retrouvés étaient un sentiment de surcharge de travail (64,2 contre 54,0 %) et le manque de sommeil (60,6 contre 46,0 %) [14]. Selon l'*American Association of Nurse Anesthetists* (AANA) les événements critiques, tels que les décès en salle d'opération ou les accidents évités de justesse, conduisent souvent les praticiens de l'anesthésie à abuser de substances lorsqu'ils tentent de faire face à de tels événements [18]. Ces facteurs ont été également retrouvés dans notre étude mais en faible proportion. D'autres facteurs ont été évoqués, il s'agit de l'abus de substances chez environ 15 % de praticiens anesthésistes à un moment ou à un autre de leur carrière [34] ; soit à des fins d'auto-

traitement soit pour améliorer leurs performances professionnelles d'après DeFord et al., dans leur revue de la littérature [13,35]. Les résultats retrouvés dans notre contexte s'expliquent par l'organisation et les conditions du travail qui sont précaires en milieu d'anesthésie-réanimation mais aussi l'insuffisance du personnel.

4.4. Facteurs associés à la dépendance aux substances

Les facteurs associés étaient le sentiment d'être surchargé au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice, le sentiment d'être en privation de sommeil. Ces facteurs sont similaires à ceux retrouvés dans des études antérieures. Ainsi à Dakar les facteurs associés étaient le stress au travail, la surcharge du travail, la recherche de performance et la consommation d'autres substances [21]. En France, en 2001 [14], les facteurs retrouvés étaient le stress au travail, la surcharge au travail, le manque de sommeil, la consommation d'autres produits, l'âge, le statut matrimonial, le sexe et le statut marital. Le rôle du stress et son impact sur le comportement des médecins anesthésistes-réanimateurs a fait l'objet de plusieurs études [14,15, 41]. Ces études ont souligné le rôle néfaste du stress, favorisant la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives utilisées pour améliorer les performances des consommateurs [41]. La prédominance de ces facteurs peut s'expliquer dans notre contexte par des salaires bas et le manque de législation au niveau national. Ce qui emmène certains personnels pendant leurs heures normales de repos à l'hôpital à faire des vacations dans des cliniques privées pour accroître leurs revenus occasionnant ainsi plus de stress, de burnout, de surcharge de travail et de privation de sommeil.

4.5. Limites

L'absence de recherche biologique de substances dans les prélèvements d'urine, de sang ou de cheveux pour des analyses toxicologiques auprès des participants constitue une limite dans le cadre où ceci devrait permettre de confronter les résultats aux réponses des participants en vue d'avoir des données plus fiables. L'étude comporte également des biais de compréhension et de déclaration qui pourraient entraîner une surestimation ou une sous-estimation des réponses.

4.6. Recommandations

Le Ministère de la santé doit renforcer la politique nationale de lutte contre les addictions en milieu hospitalier ; former et recruter plus de personnel d'anesthésie et de réanimation afin de réduire la charge de travail et les exigences professionnelles ; ajouter au programme de formation des médecins en spécialisation, des attachés de santé et des infirmiers d'anesthésie et de réanimation une unité d'enseignement sur les conséquences de l'addiction à une substance et sur sa prévention en instaurant une formation initiale et continue en addictologie. La réinsertion professionnelle du personnel souffrant d'une addiction à une substance doit être garantie. Les Directeurs des CHU doivent améliorer les plateaux techniques dans les services d'anesthésie et de réanimation ; mettre en place un système informatisé de suivi des produits anesthésiques ; organiser des sensibilisations au profit du personnel sur la gestion du stress et solliciter des équipes médico psychologiques pour la gestion des cas lors des incidents au bloc et pour un suivi périodique du personnel. La section de médecine de travail doit être formée et outillée afin de repérer les conduites à risque, les dépister, les évaluer et les contrôler régulièrement. Le personnel doit maintenir un équilibre entre la vie sociale et la vie professionnelle ; éviter la prise des médicaments en automédication ; consulter un professionnel de santé mentale en cas de stress ou d'anxiété ou de dépression et enfin, éviter de prendre le temps de repos après les gardes pour aller travailler dans les structures privées

5. CONCLUSION

Le problème de conduites addictives en milieu d'anesthésie-réanimation dans les quatre (04) CHU de Ouagadougou est une réalité. Les prévalences de la consommation et de la dépendance aux substances telles que l'alcool, le tabac et autres produits (café, thé, cannabis, hypnotique, produits anesthésiques...) sont plus élevées que les chiffres retrouvés dans plusieurs études antérieures. Les principaux facteurs de risque mis en évidence sont le sentiment d'être surchargé au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice et le sentiment d'être en privation de sommeil. Il s'agit donc d'un problème de santé publique d'où la nécessité que les politiques renforcent la législation en vue de lutter contre l'usage des substances en milieu de travail et améliorer les conditions de travail. La mise en place de structures de dépistage, d'accompagnement, de suivi est indispensable et la réinsertion professionnelle doit être garantie. La prévention par le soutien et

l'accompagnement psychologique du personnel au regard du stress auquel il est exposé est primordiale. La mise en place de ces dispositions est importante afin d'éviter la survenue ou la progression du fléau et par conséquent améliorer l'offre de soins.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, AA ; écriture de l'article, AA, CA et LA ; relecture et correction de l'article, KK et LA ; supervision, KK ; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements : Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement.

Remerciements : Nous tenons à remercier le personnel d'anesthésie et de réanimation des CHU du Burkina Faso.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

6. REFERENCES

1. Samuelson ST, Bryson EO. The impaired anesthesiologist: what you should know about substance abuse. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 2017;64(2):219-35.
2. Garcia-Guasch R, Roigé J, Padrós J. Substance abuse in anaesthetists. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012;25(2):204-9.
3. Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en addictologie, Pays de Loire. Addictologie. Disponible sur <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/srae-addictologie>
4. Centre de gestion d'Indre et de Loire. Consommation de substances psychoactives et addiction. [En ligne]. 2020 [cité le 20 janvier 2024]. Disponible sur <http://www.cdg37.fr/santé/consommation-de-substances-psychoactives-et-addictions>
5. Meeusen VCH, Brown-Mahoney C, van Dam K, van Zundert A a. J, Knape JTA. Personality dimensions and their relationship with job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists. *J Nurs Manag*. 2010;18(5):573-81.
6. Chandon M. Addiction en milieu anesthésique : pour aller plus loin.. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* .2005;24(5):463-5
7. Zuleta-Alarcón A, Coffman JC, Soghomonyan S, Papadimos TJ, Bergese SD, Moran KR. Non-opioid anesthetic drug abuse among anesthesia care providers: a narrative review. *Can J Anesth*. 2017;64:169–84
8. Kayal-Becq M-C. Difficultés et souffrance du médecin anesthésiste-réanimateur. *Soins*. 2018;63:45 8.
9. Kintz P, Villain M, Cirimele V, Ludes B. Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. *Ann Toxicol Anal*. 2002;14:83 9.
10. Serghini I, El Jalil HA, Hanafi SM, Mahmoudi A. Les conduites addictives en anesthésie réanimation: à propos d un cas. *Pan Afr Med J*. 2011;8:30.
11. Wright EL, McGuinness T, Schumacher JE, Zwerling A, Moneyham LD. Protective factors against relapse for practicing nurse anesthetists in recovery from anesthetic opiate dependency. *J Addict Nurs*. 2014;25:66 73.
12. Mérat F, Mérat S. Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2008;27:63 73.
13. DeFord S, Bonom J, Durbin T. A review of literature on substance abuse among anaesthesia providers. *J Res Nurs*. 2019 ;24:587 600.
14. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005;24:471 9.
15. Warltier DC, Howard SK, Katz JD, Berry AJ. Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology*. 2002;97(5):1281-94.
16. Jackson SH. The role of stress in anaesthetists' health and well-being - *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999;43(6):583-602.
17. Grocott HP, Bryson GL. The physician at risk: disruptive behaviour, burnout, addiction, and suicide. *Can J Anesth*. 2017;64:119 21.
18. Bell DM, McDonough JP, Ellison JS, Fitzhugh EC. Controlled drug misuse by Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA J*. 1999;67(2):133-40.
19. Czernichow S, Bonnet F. Le risque de toxicomanie chez les médecins anesthésistes. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2000;19:668 74.
20. Fowlie DG. The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a uk report and one region's response. *Alcohol and Alcoholism*. 1999;34:666 71.
21. Satoguina Kpenou IM, Soumah MM, Ndiaye M, Dia S, Gaye Fall MC, Lamine Sow M. Conduites addictives des personnels de santé: dans les services d'anesthésie des hôpitaux de Dakar, Sénégal. *Conduites Addict Pers Santé Dans Serv Anesth Hôp Dakar Sénégal*. 2011;33(3):251-8.
22. Ouédraogo A, Ouédraogo TL, Ouédraogo V, Samadoulougou A, Somé L. Le tabagisme parmi les personnels de santé d'un hôpital au Burkina Faso. *Alcoologie Addictologie*. 2005;27(2):93-8.
23. Saunders, J, Aasland, O, Babor, T, de la Fuente, J et Grant, M. Addiction. Development of the Alcohol Use Disorders

- Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804
24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions* 1991; 86:1119-27.
 25. Institut Normand de Coaching et de Thérapies brèves. Manuel d'hypnose et de thérapie brève. Dépendance à l'alcool.2019. disponible sur: <https://inctb.net/institut-normand-de-coaching-et-de-therapies-breves/>
 26. Luck S, Hedrick J. The alarming trend of substance abuse in anesthesia providers. *J PeriAnesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses*. 2004;19(5):308-11.
 27. Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG. Drug Abuse by Anesthesia Personnel. *Anesthesia & Analgesia*. 1983;62:467.
 28. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008;109:905 17.
 29. Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaesth*. 1992;39:R11 7.
 30. Kintz P, Villain M, Tracqui A, Cirimele V, Ludes B. Spécificités des conduites addictives en service d'anesthésie. *Journal de médecine légale droit médical*. 2002 ;45:418 22.
 31. Comité National du Recensement. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso : Synthèse des résultats définitifs.Ouagadougou. 2022. p.47.
 32. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS Continue) 2023. Dakar. 2024. p.29.
 33. Weeks AM, Buckland MR, Morgan EB, Myles PS. Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. *Anaesth Intensive Care*. 1993;21(2):151-5.
 34. Valdes JA. The concept of reentry in the addicted anesthesia provider. *AANA J*. 2014;82(2):95-100.
 35. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*. 2007;35:S106-116.
 36. Wright EL, McGuinness T, Schumacher JE, Zwerling A, Moneyham LD. Protective factors against relapse for practicing nurse anesthetists in recovery from anesthetic opiate dependency. *J Addict Nurs*. 2014;25:66 73.
 37. Bryson EO, Silverstein JH, Warner DS, Warner MA. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008 ; 109 :905 17.
 38. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie –réanimation. *Enquête 2009 d la société française d'anesthésie et de réanimation . annale ; 109 :905 17.*
 39. Lutsky HM,Hopwood M, Abram SE, Jacobson GR,Haddox JD, Kampine JP. Psychoactive substance use among american anesthesiologists: a 30 year retrospective study. *Can J Anaesth* 1993;40 :955 21.
 40. McAuliffe WE. Non-therapeutic opiate addiction in health professionals:a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984 ; 10 :1 22.
 41. Kam PCA. Occupational stress in anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1997;25:686–90

RECHERCHE

Besoins et difficultés des patients sous traitements de substitution aux opiacés en CSAPA : apports potentiels de l'infirmier en pratique avancée

Christophe Merono^{1,*}, Gilles Montfort²

¹ CSAPA / CICAT 28, 6 rue de Saint-Georges-sur-Eure, 28110 Lucé, France

² Association Addictions France, CSAPA de Châteauroux, 7 rue des Musseaux, 36000 Châteauroux, France

* Correspondance : Christophe Merono, 62 rue de Varize, 28200 Châteaudun, France, c.merono@cicat.fr

Résumé :

Contexte : Les patients sous traitements de substitution aux opioïdes (TSO) suivis en CSAPA rencontrent de nombreux obstacles susceptibles de compromettre la continuité des soins. Le rôle potentiel des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans cet accompagnement reste peu documenté. Objectif : Décrire les besoins et difficultés rencontrés par des patients sous TSO suivis en CSAPA afin d'éclairer les enjeux organisationnels de leur accompagnement. Méthode : Étude qualitative menée auprès de 20 patients (10 urbains, 10 ruraux) suivis dans deux CSAPA de la région Centre-Val de Loire. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés puis analysés selon une approche thématique interprétative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative. Résultats : Quatre axes principaux émergent : (1) obstacles d'accès et contraintes organisationnelles, particulièrement en milieu rural ; (2) ambivalence vis-à-vis du TSO, entre stabilisation et contrainte ; (3) importance de la relation thérapeutique, entre satisfaction et attentes d'écoute ; (4) impact du suivi et du traitement sur la vie quotidienne. Discussion : Ces résultats mettent en évidence plusieurs enjeux organisationnels dans l'accompagnement des patients sous TSO, notamment en matière d'accessibilité du suivi, de continuité de l'accompagnement et de coordination des acteurs. Certaines compétences associées à l'exercice infirmier en pratique avancée pourraient constituer des pistes organisationnelles pour répondre à ces besoins. Conclusion : Cette étude contribue à mieux comprendre les besoins exprimés par les patients sous TSO en CSAPA. L'impact du développement des pratiques avancées dans ce champ mériterait d'être évalué dans des travaux futurs.

Mots clés : Traitement de substitution aux opioïdes, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, infirmier en pratique avancée, continuité des soins.

Abstract:

Background: Patients receiving opioid substitution treatment (OST) in addiction treatment centers (CSAPA) often face multiple barriers that may compromise continuity of care. The potential role of advanced practice nurses (APNs) in supporting these care pathways remains poorly documented. Objective: To describe the needs and difficulties experienced by patients receiving OST in CSAPA in order to better understand the organizational challenges involved in their care. Methods: A qualitative study was conducted with 20 patients (10 urban, 10 rural) followed in two CSAPA centers in the Centre-Val de Loire region (France). Semi-structured interviews were carried out and analyzed using a thematic interpretative approach inspired by interpretative phenomenological analysis. Results: Four main themes emerged: (1) access barriers and organizational constraints, particularly in rural areas; (2) ambivalence toward OST, experienced both as stabilization and constraint; (3) the central role of the therapeutic relationship, between satisfaction and unmet expectations of listening; and (4) the impact of treatment and follow-up on daily life. Discussion: These findings highlight several organizational challenges in supporting patients receiving OST, particularly regarding accessibility of care, continuity of follow-up, and coordination between professionals. Some competencies associated with advanced nursing practice may represent potential organizational approaches to address these needs. Conclusion: This study contributes to a better understanding of the needs expressed by patients receiving OST in CSAPA. Further research is needed to evaluate the potential impact of advanced practice nursing on care pathways in addiction services.

Key words: Opioid Agonist Treatment, Specialized Addiction Treatment Centers, Advanced Practice Nurse, continuity of care.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et problématique

Les troubles liés à l'usage d'opiacés s'inscrivent dans des parcours de soins souvent marqués par la chronicité (1), la précarité (2, 3, 4), la stigmatisation (5, 6, 7) et de fréquentes ruptures de suivi (2), en particulier dans les territoires où l'offre de soins est inégalement répartie (8). Les patients suivis sous traitements de substitution aux opiacés (TSO) en CSAPA font face à des difficultés multiples, combinant contraintes organisationnelles (distance, transports, disponibilité des professionnels), ambivalence vis-à-vis du traitement, vulnérabilités psychiques et sociales (10), et sentiment de honte (9) ou de dévalorisation qui entravent l'accès et le maintien dans les soins.

Dans ce contexte, le développement de l'infirmier en pratique avancée (IPA) (11) en addictologie ouvre des perspectives pour renforcer la continuité des soins, la coordination entre acteurs et l'accompagnement global des patients (12), dans une posture humaniste inspirée du modèle de partenariat humaniste en santé (13). Cependant, les besoins et difficultés vécus par les patients sous TSO, tels qu'ils peuvent concrètement orienter le positionnement et les interventions d'un IPA en CSAPA, restent encore peu documentés dans la littérature. La problématique de ce travail est donc la suivante : comment les besoins et difficultés des patients sous TSO suivis en CSAPA éclairent-ils les apports potentiels d'un infirmier en pratique avancée dans leur parcours de soins ?

1.2. Question de recherche

Quels sont les besoins et difficultés rencontrés par les patients sous traitements de substitution aux opiacés suivis en CSAPA, et en quoi ces éléments éclairent-ils les apports potentiels d'un infirmier en pratique avancée dans leur accompagnement ?

1.3. Objectif général

L'objectif général est de décrire les besoins et les difficultés rencontrés par des patients sous traitements de substitution aux opiacés suivis en CSAPA, afin de dégager, à partir de leurs expériences vécues, les apports potentiels d'un infirmier en pratique avancée dans leur accompagnement.

1.4. Objectifs spécifiques

L'objectif spécifique 1 est d'identifier, à partir des récits de patients sous TSO, les principaux obstacles rencontrés dans leur parcours de soins en CSAPA (accès, continuité, organisation, relation de soins, impact sur la vie quotidienne). L'objectif spécifique 2 est d'analyser la manière dont ces besoins et difficultés pourraient être pris en compte par un IPA en CSAPA, au regard de ses compétences élargies et de la posture de partenariat humaniste. L'objectif spécifique 3 est de proposer des pistes de contributions concrètes pour l'IPA dans l'accompagnement des patients sous TSO (suivi rapproché, coordination, éducation thérapeutique, aller-vers, adaptation des modalités de suivi).

2. MATERIELS ET METHODES

Cette étude qualitative descriptive s'appuie sur une analyse thématique interprétative inspirée de l'approche phénoménologique interprétative (14) afin d'explorer en profondeur l'expérience vécue de patients sous traitements de substitution aux opiacés (TSO) suivis en CSAPA. Ce choix méthodologique vise à saisir la manière dont ces patients décrivent leurs besoins, leurs difficultés et leur rapport au suivi, dans la perspective d'éclairer les apports potentiels d'un infirmier en pratique avancée (IPA).

2.1. Participants et contexte

L'étude a été menée dans deux CSAPA situés en région Centre-Val de Loire, l'un en Eure-et-Loir (CSAPA de Châteaudun) et l'autre dans l'Indre (CSAPA de Châteauroux), couvrant des zones urbaines et rurales caractérisées par des inégalités d'accès aux soins et une forte dispersion géographique. Les participants étaient des patients majeurs (≥ 18 ans), suivis en CSAPA dans le cadre d'un accompagnement pour trouble de l'usage d'opiacés et bénéficiant d'un TSO au moment de l'étude.

Les critères de non-inclusion concernaient les personnes ne bénéficiant pas ou plus de TSO, ainsi que celles présentant une altération sévère de leurs capacités de compréhension ou de communication. Un échantillon raisonné de 20 participants a été constitué (10 par CSAPA), avec deux sous-échantillons selon le lieu de résidence (urbain/rural), avec saturation des données jugée atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouveaux thèmes.

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont présentées dans le tableau 1.

	N	Moyenne (Écart-Type)	Minimum	Maximum	Zone de résidence	
					Urbaine	Rurale
Genre						
Homme	17	85 %			9	8
Femme	3	15 %			1	2
Activité professionnelle						
En activité	6	30 %			4	2
Sans emploi	13	65 %			6	7
Retraité	1	5 %			0	1
Âge		42,6	26	60		
Statut marital						
En couple	6				3	3
Célibataire	14				7	7
Traitement de substitution						
Méthadone	18	90 %			10	8
Buprénorphine	2	10 %			0	2
Durée moyenne de suivi		11,23 ans	0,5 an	41 ans		

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants

2.2. Recrutement et recueil des données

Les participants ont été recrutés lors de consultations en CSAPA, à partir de fichiers de patients sous TSO tirés aléatoirement à l'aide d'Excel, puis contactés et informés par leurs soignants référents. Une fiche d'information détaillant les objectifs, les modalités de participation et les droits des personnes leur a été remise, et l'accord de participation recueilli sans modification de leur prise en charge habituelle.

Les données ont été collectées par des entretiens semi-directifs individuels, réalisés en face à face dans des bureaux garantissant la confidentialité au sein des deux CSAPA. Un guide d'entretien structuré autour du vécu du parcours de soins, des difficultés rencontrées, de la perception du TSO et des besoins ressentis a été utilisé comme support, tout en laissant une large place à l'expression libre.

Chaque entretien a duré environ 20 à 30 minutes, a été enregistré avec l'accord des participants, puis intégralement retranscrit avant destruction des enregistrements audio. Les transcriptions ont été anonymisées par l'attribution d'un identifiant codé (UR/RU selon urbain/rural et CSAPA), de manière à ne permettre aucune identification directe ou indirecte.

2.3. Analyse des données

Compte tenu de la durée des entretiens et de l'objectif exploratoire de l'étude, l'analyse s'est principalement structurée autour d'une démarche thématique, tout en conservant une attention portée au sens de l'expérience vécue des participants. Les verbatims ont ainsi fait l'objet d'une analyse thématique interprétative inspirée de l'approche phénoménologique interprétative. L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes successives : une première lecture globale permettant de s'imprégner des récits, suivie d'un codage manuel réalisé indépendamment par les deux chercheurs. Les codes et sous-thèmes ont ensuite été discutés afin d'aboutir à un consensus analytique.

Les éléments codés ont été progressivement regroupés en thématiques majeures en lien avec la problématique de l'étude, jusqu'à faire émerger quatre axes principaux : les difficultés rencontrées dans le parcours de soins, la perception du traitement de substitution, la relation avec les soignants et l'impact du TSO sur la vie quotidienne.

Une attention particulière a été portée à la comparaison entre participants résidant en zone urbaine et en zone rurale, afin d'explorer d'éventuelles différences dans les obstacles rencontrés et l'accès aux soins.

2.4. Considérations éthiques

Cette recherche relève du cadre des études « hors loi Jardé » et a été conduite conformément à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL pour les recherches utilisant des données à caractère personnel. Une déclaration de conformité a été enregistrée auprès de la CNIL (numéros 2236961 et 2236962) et un avis favorable a été obtenu du comité d'éthique du CHU de Tours (N° du projet 2025 002).

Les participants ont reçu une information écrite sur la recherche et disposaient à tout moment de la possibilité de s'opposer à l'utilisation de leurs données sans conséquence sur leur accompagnement. Les données ont été stockées sur des supports sécurisés, accessibles uniquement aux investigateurs, et seront conservées au maximum deux ans après la dernière publication des résultats avant destruction définitive.

3. RESULTATS

3.1. Obstacles rencontrés dans le parcours de soins

Les participants décrivent des parcours de soins marqués par de nombreux obstacles pratiques, particulièrement lorsqu'ils résident en zone rurale ou périurbaine. L'éloignement géographique des CSAPA, le manque de transports en commun, le coût des déplacements ou la peur des contrôles routiers et des amendes rendent difficiles des venues fréquentes, notamment lorsque le suivi impose des passages réguliers pour la délivrance du TSO. Plusieurs patients rapportent ainsi avoir manqué des rendez-vous ou interrompu temporairement leur suivi en raison de ces contraintes matérielles, renforçant les risques de rupture de traitement.

« Après ce qui est, des fois, un peu compliqué, c'est de monter jusqu'à Châteauroux, vu que moi, je suis pas sur Châteauroux, ça revient vite tous les 15 jours. Un coup on prend le train mais comme on paye pas toujours, on se choppe des amendes sinon y'a parfois des potes qui peuvent nous emmener mais bon, c'est pas toujours pratique. »

Au-delà de la distance, l'organisation même des prises en charge est parfois perçue comme peu compatible avec les contraintes de la vie quotidienne. Certains participants évoquent des horaires de consultation peu flexibles, des obligations de présence rapprochée au début du traitement ou à chaque modification de posologie, qui peuvent se heurter aux exigences professionnelles, familiales ou administratives. Ces contraintes sont d'autant plus mal vécues qu'elles s'ajoutent à une situation de précarité déjà importante, rendant difficile la planification et la régularité du suivi.

Les patients soulignent également le poids du manque de coordination entre les différents acteurs du soin, en particulier entre médecins généralistes, CSAPA et structures hospitalières. Certains relatent des changements de prescripteurs, des informations mal transmises ou des divergences de position entre professionnels, qui alimentent un sentiment d'insécurité et peuvent conduire à des interruptions de prise en charge. Ces expériences contribuent à une impression de fragilité du parcours, où la continuité des soins dépend largement de la capacité individuelle à « tenir » malgré les obstacles organisationnels et contextuels.

3.2. Le TSO entre soulagement et contrainte

Le traitement de substitution aux opiacés est unanimement reconnu par les participants comme un élément clé de stabilisation, à la fois physique et psychique. Les patients décrivent comment le TSO leur permet de « tenir debout », de réduire les envies intenses de consommation (craving) et de retrouver un fonctionnement quotidien acceptable, évitant ainsi les rechutes et les overdoses. Ce rôle protecteur est particulièrement mis en avant par ceux qui ont connu des périodes sans traitement, marquées par un sevrage violent et un retour à l'usage illicite.

« Et le fait d'avoir un traitement de substitution, honnêtement, ça m'a changé la vie ! Je revis. »

Cependant, cette stabilisation s'accompagne d'une ambivalence profonde, le TSO étant souvent vécu comme une « chaîne » ou une nouvelle forme de dépendance.

« Non, simplement, bah, être prisonnier du traitement. On peut pas partir n'importe où, n'importe quand, sans ça, parce que si t'en as pas pendant une journée ou deux, bah, tu es mal.. »

Plusieurs participants expriment un sentiment de contrainte lié à la nécessité de venir régulièrement au CSAPA pour les délivrances, à la peur d'une augmentation des doses ou à des effets secondaires tels que somnolence, constipation ou prise de poids. Certains le perçoivent comme un traitement « provisoire » qui prolonge

paradoxalement leur statut de « patient addict », avec une difficulté à envisager un sevrage définitif. Cette dualité – soulagement vital d'un côté, contrainte perçue de l'autre – colore l'ensemble du parcours de soin et influence l'adhésion au suivi. Les patients oscillent entre gratitude pour les bénéfices concrets du TSO et frustration face à ce qu'ils ressentent comme une perte d'autonomie, où le traitement, bien qu'essentiel, maintient une forme de dépendance institutionnelle.

3.3. Relation avec les soignants : entre satisfaction et attentes

La relation thérapeutique constitue un élément central des récits des participants, souvent décrite comme un facteur clé de maintien dans le suivi. Beaucoup expriment une satisfaction profonde vis-à-vis de certains soignants, appréciés pour leur écoute sans jugement, leur disponibilité émotionnelle et leur capacité à maintenir une relation de confiance sur la durée. Ces interactions positives sont perçues comme un soutien précieux, permettant de surmonter les moments de doute ou de rechute potentielle, et renforçant la motivation à poursuivre le traitement.

« Et c'est sûrement ça qui m'a fait avancer, par la gentillesse, par plein de choses, par tout ce qui va, même quand on me dit « t'as l'air mieux ou tu vas mieux, ça se voit » bah ça fait, ça fait plaisir, ça fait du bien, ça fait du bien d'entendre des choses positives. »

Cependant, des attentes non comblées émergent fréquemment, liées à un manque ressenti de temps ou de profondeur dans les échanges. Plusieurs patients déplorent des consultations trop courtes, des renouvellements de prescription perçus comme routiniers ou une impression de « passage en série » où la singularité de leur parcours n'est pas assez prise en compte. Cette superficialité relationnelle peut engendrer un sentiment de dévalorisation, particulièrement chez ceux qui expriment un besoin accru d'être écoutés dans leur globalité (dimensions psychiques, sociales, familiales).

« Niveau médical, ben, c'est pas ça. Il a jamais de temps et quand on le voit, ça dure 10 minutes, j'appelle pas ça une prise en charge... » ;

Enfin, une forme de stigmatisation ou de méfiance est parfois rapportée dans les interactions avec certains professionnels, alimentant la honte et la difficulté à demander de l'aide. Les participants soulignent le besoin d'une posture plus empathique et individualisée, où le soignant serait perçu comme un partenaire plutôt qu'un contrôleur, afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de réduire les risques d'abandon du suivi.

« Quand même, il (le médecin traitant) me demande si je prends des médicaments, je ne lui ai jamais parlé de la méthadone. Ouais, c'est peut-être pas bien, mais je veux pas lui en parler. »

3.4. Impact du TSO et du suivi sur la vie quotidienne

Le TSO et le suivi en CSAPA ont des répercussions concrètes sur la vie quotidienne des participants, à la fois positives et négatives. D'un côté, le traitement permet une stabilisation qui favorise la reprise d'activités sociales, professionnelles ou familiales : plusieurs patients rapportent pouvoir « recommencer à vivre », retrouver un emploi, s'occuper de leurs enfants ou renouer des liens familiaux grâce à la réduction du craving et à l'amélioration de leur état physique et psychique. Ce gain d'autonomie est particulièrement valorisé par ceux qui ont connu des périodes de déchéance complète avant le TSO.

D'un autre côté, les contraintes du suivi pèsent lourdement sur le quotidien, notamment pour ceux résidant en zone rurale. Les déplacements répétés, le temps passé en attente et l'obligation de s'organiser autour des rendez-vous sont vécus comme un frein à la normalisation de la vie, avec des répercussions sur l'emploi (risque de licenciement, horaires incompatibles) ou les relations familiales (fatigue, irritabilité). Certains évoquent également un impact psychologique persistant : le statut de « patient sous TSO » maintient un sentiment de stigmatisation sociale, limitant les interactions ou les projets personnels.

« Tu as beau leur dire, « ça y est, j'ai arrêté », ils ont toujours le doute, ils sont toujours méfiants. Mes frangins, mes parents... même des années après, ils peuvent me regarder bizarrement, si un matin je suis pas bien réveillé, ils me disent « t'es sûr que t'as pas repris ? » »

Les différences entre zones urbaines et rurales sont marquantes : en milieu rural, l'isolement géographique et le manque de ressources locales (transports, aides sociales) amplifient les difficultés, tandis qu'en zone urbaine, l'anonymat et la proximité facilitent relativement le maintien du suivi, bien que les contraintes organisationnelles persistent. Globalement, les participants expriment un besoin d'un accompagnement plus intégré, qui prendrait en compte non seulement le TSO mais aussi les dimensions sociales et pratiques de leur vie quotidienne.

4. DISCUSSION

4.1. Interprétation des besoins et difficultés des patients sous TSO

Les résultats mettent en lumière une expérience vécue complexe chez les patients sous TSO suivis en CSAPA, caractérisée par des obstacles multiples qui compromettent la continuité des soins et l'adhésion au traitement. L'éloignement géographique et les contraintes organisationnelles (fréquence des venues, horaires rigides), particulièrement en zone rurale, reproduisent des inégalités d'accès bien documentées dans la littérature (2, 15, 16), où la précarité socio-économique et l'isolement territorial amplifient les renoncements aux soins. Ces difficultés matérielles s'entrelacent avec un vécu ambivalent du TSO, perçu comme un outil de stabilisation vitale mais aussi comme une nouvelle dépendance, en écho aux travaux soulignant les tensions psychiques liées à l'acceptation d'un traitement à long terme chez les personnes en rétablissement.

La relation thérapeutique apparaît comme un pivot, à la fois source de satisfaction (écoute, alliance) et de frustration (manque de temps, superficialité). Enfin, l'impact sur la vie quotidienne révèle une fragilité persistante : si le TSO permet une reprise d'activités, ses contraintes institutionnelles entravent une normalisation complète, particulièrement en milieu rural où le manque de ressources locales accentue l'isolement. Ces résultats confirment la chronicité de l'addiction aux opiacés comme un trouble multifactoriel, largement décrite dans la littérature récente (17, 18), nécessitant une prise en charge globale au-delà du seul aspect pharmacologique.

4.2. Apports potentiels de l'infirmier en pratique avancée

À partir des besoins et difficultés identifiés dans les discours des participants, certaines compétences associées à l'exercice infirmier en pratique avancée apparaissent comme susceptibles de répondre à plusieurs enjeux organisationnels rencontrés dans l'accompagnement des patients sous TSO, notamment dans les CSAPA confrontés à des ruptures de suivi et à des inégalités territoriales. Face aux obstacles d'accès et de continuité du suivi, l'IPA pourrait ainsi contribuer au renforcement de l'accompagnement clinique par la mise en place de consultations de suivi rapprochées, la participation au renouvellement ou à l'adaptation des traitements de substitution, ainsi que par le développement de modalités de suivi plus accessibles (consultations délocalisées, téléconsultations). Une posture « aller-vers », parfois évoquée dans les référentiels de pratiques avancées en addictologie (19), pourrait également faciliter l'adaptation de l'offre de soins aux contraintes géographiques ou organisationnelles rencontrées par certains patients.

Les résultats soulignent également l'importance des dimensions relationnelles dans l'adhésion au suivi et la gestion de l'ambivalence vis-à-vis du traitement. Dans ce contexte, les compétences des IPA en matière d'entretien motivationnel et d'approche centrée sur le partenariat en santé (MPHS) (13) pourraient contribuer à soutenir une relation thérapeutique plus individualisée, en offrant des espaces d'écoute et d'échange favorisant l'expression des attentes et des préoccupations des patients.

Enfin, les difficultés évoquées concernant l'impact du traitement et du suivi sur la vie quotidienne suggèrent l'intérêt d'un accompagnement prenant en compte les dimensions sociales et pratiques du parcours de soins. Dans cette perspective, l'IPA pourrait participer à renforcer la coordination avec les acteurs médico-sociaux (logement, emploi, entourage), contribuant ainsi à une approche plus globale de l'accompagnement des patients au-delà de la seule gestion pharmacologique du TSO (20, 21).

Ces éléments ne permettent pas de conclure à l'efficacité d'un modèle organisationnel spécifique. Ils suggèrent néanmoins que certaines fonctions de suivi clinique, de soutien relationnel et de coordination identifiées dans les parcours des patients pourraient être investies par des professionnels disposant de compétences avancées. Plusieurs travaux internationaux ont exploré le rôle des *nurses* « *practitioners* ou *advanced* » practice nurses dans la prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes. En Amérique du Nord notamment, ces professionnels participent au suivi clinique des patients, à l'adaptation des traitements de substitution et à la coordination des soins au sein d'équipes interdisciplinaires. Certaines études suggèrent que l'élargissement des compétences des nurse « *practitioners* », notamment en matière de prescription de buprénorphine, pourrait contribuer à améliorer l'accès aux traitements et à renforcer la continuité des soins, en particulier dans les territoires sous-dotés ou

ruraux (21, 22, 23). Ces résultats suggèrent l'intérêt potentiel du développement d'IPA dans les dispositifs de prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes.

Dans ce contexte, l'évolution récente du cadre réglementaire (arrêté du 25 avril 2025 autorisant la pri-mo-prescription dans certains cas) (24) ouvre des perspectives pour le développement de ces pratiques, dont l'impact sur les parcours de soins resterait à évaluer dans le cadre d'études futures.

4.3. Limites et perspectives

Les limites de cette étude tiennent à sa dimension qualitative et à son échelle locale (20 participants, deux CSAPA en Centre-Val de Loire), ce qui limite la généralisation des résultats. Les participants ont été sélectionnés par tirage au sort aléatoire parmi les patients suivis en CSAPA et bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes. Néanmoins, le contact ayant été réalisé par leurs soignants référents, un biais de sélection et de désirabilité sociale ne peut être totalement exclu, les patients les plus critiques envers la prise en charge ou les plus éloignés du suivi étant susceptibles d'être sous-représentés. Bien que la saturation thématique ait été atteinte, l'absence de triangulation avec d'autres méthodes (observations, questionnaires) ou populations (patients non stabilisés, proches) constitue une piste d'amélioration.

Par ailleurs, les chercheurs étant eux-mêmes infirmiers en CSAPA, leur positionnement professionnel et leur proximité avec le terrain ont pu influencer à la fois le recueil et l'interprétation des données. Cette proximité peut avoir facilité l'expression des participants grâce à une relation de confiance préexistante, mais également induire certains biais, notamment en termes de désirabilité sociale ou d'interprétation des discours à partir de cadres de référence professionnels. Afin de limiter ces effets, une analyse croisée des données a été réalisée, accompagnée de discussions régulières entre les chercheurs visant à confronter les interprétations et à maintenir une vigilance réflexive tout au long du processus analytique.

Ces résultats ouvrent des perspectives pour la création de postes d'IPA en CSAPA, avec des études futures évaluant concrètement leur impact sur la continuité des soins, l'adhésion au TSO et la qualité de vie des patients. Une recherche interventionnelle ou mixte, intégrant des mesures quantitatives (taux de rétention, hospitalisations évitées), permettrait de tester les apports hypothésisés et d'enrichir les recommandations pour le déploiement des IPA en addictologie.

5. CONCLUSION

Cette étude qualitative exploratoire met en lumière plusieurs besoins et difficultés exprimés par des patients sous traitement de substitution aux opioïdes suivis en CSAPA, notamment en matière d'accès aux soins, de continuité du suivi, de qualité de la relation thérapeutique et d'impact du traitement sur la vie quotidienne.

Ces résultats contribuent à mieux comprendre certaines dimensions du vécu des patients et les enjeux organisationnels associés à leur accompagnement. Ils suggèrent que certaines fonctions de suivi clinique, de soutien relationnel et de coordination pourraient constituer des axes importants pour renforcer les parcours de soins en addictologie.

Dans ce contexte, le développement du rôle des IPA pourrait représenter une piste organisationnelle intéressante, en particulier dans les territoires confrontés à des difficultés d'accès aux soins. L'impact de ce modèle sur les parcours et l'adhésion aux traitements de substitution aux opioïdes mériterait toutefois d'être évalué dans le cadre d'études futures.

Contribution des auteurs : Conceptualisation : Christophe Merono et Gilles Montfort. ; écriture de l'article, Christophe Merono. Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements : Ce travail est autofinancé par ses auteurs.

Remerciements : Nous tenons à remercier chaleureusement les participants à cette étude pour leur générosité et leur partage d'expérience. Nous exprimons également notre reconnaissance envers les équipes des CSAPA de Châteaudun et de Châteauroux pour leur soutien logistique et scientifique. Nous tenons également à remercier Monsieur Komlan HEGBE, notre directeur de mémoire pour ce travail ainsi que l'Université de Tours.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun lien ou conflit d'intérêt

6. REFERENCES

1. Lançon C. Définitions et caractéristiques des addictions. In: Conduites addictives et processus de changement. Montrouge: JLE Editions; 2013. p. 9-19.

2. Dassieu L. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes*. 2014;19(3):149-172. doi:10.3917/psyt.193.0149
3. Delile JM. Approche biopsychosociale des addictions. In: *Comprendre et soigner les addictions*. Paris: Dunod; 2023. p. 75-89. doi:10.3917/dunod.vitry.2023.01.0075
4. Furtos J, Laval C. *La santé mentale en actes*. Toulouse: Érès; 2005.
5. Harris J, McElrath K. Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qual Health Res*. 2012;22(6):810-824. doi:10.1177/1049732311432718
6. Tsai AC, Kiang MV, Barnett ML. Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS Med*. 2019;16(11):e1002969. doi:10.1371/journal.pmed.1002969
7. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
8. Agence régionale de santé Centre-Val de Loire. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>
9. Fierdepied S, Sturm G, Baubet T. Mode relationnel, addictions et précarité sociale. *Psychotropes*. 2014;20(4):47-69. doi:10.3917/psyt.204.0047
10. Cabal C. L'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs [In-ternet]. 2002. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/rap-oecst/drogues/i3641.asp>
11. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. *JORF* [Internet]. 2018 [consulté le 19 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
12. Ronzeau-Saulière C. La plus-value apportée par l'IPA dans la prise en charge du patient atteint d'une insuffisance rénale chronique. *Rev Prat Avancée*. 2021;2(3):179-181.
13. Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Laloux M. *Le modèle de partenariat humaniste en santé*. Paris: EM-Consulte; 2022. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1125196/le-modele-de-partenariat-humaniste-en-sante>
14. Lionet B. L'analyse phénoménologique interprétative. In: *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Paris: Dunod; 2021. p. 145-157. doi:10.3917/dunod.casti.2021.01.0145
15. ESCODI du CIUSSS. *Nouveau guide clinique d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes* [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2024 [consulté le 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/accompagnement-utilisation-opioïdes>
16. Ndiaye A. *Traitements de substitution aux opioïdes en France : bilan 2023*. Paris: OFDT; 2023. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3251-doc_num--explnum_id-33864-.pdf
17. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363-371. doi:10.1056/NEJMra1511480
18. Volkow ND, Boyle M. Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *Am J Psychiatry*. 2018;175(8):729-740. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17101174
19. Fédération Addiction. *Référentiel 2020 des pratiques avancées en addictologie*. Paris: Fédération Addiction; 2020.
20. Cadet MJ, Tucker L. Combine medication and counseling with shared decision-making to treat addiction. *Am Nurse Today*. 2019;14(1):8-13.
21. Moore DJ. Nurse practitioners' pivotal role in ending the opioid epidemic. *J Nurse Pract*. 2019;15(5):323-327. doi:10.1016/j.nurpra.2019.01.005
22. Andrilla CHA, Moore TE, Patterson DG, Larson EH. Geographic distribution of providers with a DEA waiver to prescribe buprenorphine for opioid use disorder: a 5-year update. *J Rural Health*. 2019;35(1):108-112. doi:10.1111/jrh.12307
23. Spetz J, Toretsky C, Chapman S, Phoenix B, Tierney M. Nurse practitioner and physician assistant waivers to prescribe buprenorphine and state scope of practice restrictions. *Med Care Res Rev*. 2019;76(6):710-730. doi:10.1177/1077558718760338
24. Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du code de la santé publique. *JORF*. 2025

RECHERCHE

Santé sexuelle et gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives : enjeux et spécificités de la prise en charge par une sage-femme en addictologie

Cécile North ^{1,*}, Laurence Lalanne ^{1,2,*}

¹ Département d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS), 67000, Strasbourg, France

² INSERM 1329, Département d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS), 67000, Strasbourg, France

* Correspondance : Pr Lalanne Laurence, Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67091 Strasbourg Cedex. Email : laurence.lalanne@chru-strasbourg.fr

Résumé :

Les femmes sont particulièrement vulnérables à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psycho actives avec un risque plus élevé que les hommes de développer des problèmes de santé tout au long de leur vie. Les études soulignent la nécessité d'intégrer, au sein des équipes d'addictologies, des professionnels spécifiquement formés à la santé gynécologique, sexuelle et périnatale, afin de répondre à des situations cliniques et sociales complexes.

Dans ce contexte, cette étude propose d'évaluer la santé sexuelle et le suivi gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives, ayant bénéficié de consultations sage-femme au sein du CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur 55 femmes suivies pour leurs addictions au CSAPA. Parmi les principaux résultats, 31 % des femmes se trouvent dans une situation précaire ; l'alcool (38 %) est la substance la plus répandue, suivie de la cocaïne (20 %), du cannabis (16 %) et des opiacés (9 %) ; près de la moitié (47 %) n'avaient jamais eu de suivi gynécologique ou n'en avaient pas bénéficié depuis plus de 5 ans ; 42 % des femmes en âge de procréer n'utilisent pas de contraception ; 24 % ont fait au moins une fausse couche dans leur vie ; 58 % des femmes ont subi au moins un avortement au cours de leur vie ; 77 % déclarent avoir été victimes de violences sexuelles, passées ou présentes. Ces résultats mettent en évidence la grande vulnérabilité des femmes souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, tant en termes de santé gynécologique et sexuelle que du risque accru de violences sexuelles. Ces résultats encouragent le développement de consultations spécifiques et de soins mieux adaptés pour les femmes en CSAPA.

Mots-clés : Suivi gynécologique ; santé sexuelle ; infections sexuellement transmissibles ; femmes ; violences sexuelles ; cancer du sein ; cancer du col de l'utérus ; troubles liés à l'usage de substances.

Abstract:

Women are particularly vulnerable to the use of tobacco, alcohol, and other psychoactive substances, with a higher risk than men of developing health problems throughout their lifetime. Studies highlight the need to integrate within addiction care teams professionals specifically trained in gynecological, sexual, and perinatal health in order to address complex clinical and social situations. In this context, this study aims to assess sexual health and gynecological follow-up among women who use psychoactive substances and who have benefited from midwife consultations within the CSAPA (Addiction Care, Support and Prevention Center) of the Addiction Department of the Strasbourg University Hospitals. We conducted a retrospective descriptive study on 55 women followed for addiction at the CSAPA. Among the main findings, 31 % of women were in a precarious socioeconomic situation; alcohol (38 %) was the most commonly used substance, followed by cocaine (20 %), cannabis (16 %), and opioids (9 %); nearly half (47 %) had never had gynecological follow-up or had not received any for more than five years; 42 % of women of reproductive age were not using contraception; 24 % had experienced at least one miscarriage in their lifetime; 58 % had undergone at least one abortion; and 77 % reported having been victims of sexual violence, either past or present. These results highlight the high level of vulnerability among women with substance use disorders, both in terms of gynecological and sexual health and the increased risk of sexual violence. These findings support the development of dedicated consultations and more tailored care pathways for women attending CSAPA services.

Keywords: Gynecological follow-up; sexual health; sexually transmitted infections; women; sexual violence; breast cancer; cervical cancer; substance use disorders

1. INTRODUCTION

Les femmes présentant des addictions comptent parmi les publics vulnérables prioritairement identifiés par les récentes stratégies gouvernementales et européennes. Pourtant elles sont minoritaires dans les services de prise en charge spécialisés [1].

Suivant les données épidémiologiques, il ressort que les femmes sont particulièrement vulnérables face à la

consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Même si, en général, elles usent et abusent moins de la plupart des substances que les hommes, il est bien reconnu qu'elles courent davantage de risques de présenter des problèmes de santé par la suite [2]. Le tabac provoque des maladies liées à l'état hormonal et aux fonctions reproductives, une réduction de la fertilité, l'avènement plus rapide de la ménopause et des menstruations plus symptomatiques, et présente un lien étroit avec le cancer du col de l'utérus [3]. L'alcool provoque des maladies du foie plus tôt chez les femmes que chez les hommes malgré une utilisation plus brève. [4] L'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la diminution de la masse cérébrale et des capacités cognitives, le cancer du sein et les ulcères gastriques constituent d'autres risques pour la santé, plus fréquents chez les femmes qui consomment de l'alcool régulièrement [5].

La prise de traitements de substitution aux opiacés (TSO), la consommation d'héroïne, de GHB, de speed, de MDMA et de benzodiazépines, jouent un rôle non négligeable sur les menstruations. Seulement, bien souvent, les consommations s'accompagnent d'un mauvais rythme de sommeil, d'une alimentation irrégulière et déséquilibrée. C'est cette combinaison consommations/rythme de vie décalé plus que les produits eux-mêmes, qui influe sur les règles et provoque l'aménorrhée [6].

La stratégie nationale de santé sexuelle [7] investit le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel.

Ses orientations stratégiques 2017-2030 s'articulent autour des grandes priorités suivantes : Promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes ; Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales ; Améliorer la santé reproductive ; Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ; Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.

En 2018, l'OFDT a lancé l'enquête en ligne Ad-Femina afin de dresser un tableau des dispositifs d'addictologie spécifiques aux femmes proposés en 2017, en France.

Au total, 146 CAARUD, 425 CSAPA et 320 ELSA et 350 services d'addictologie hospitaliers ont été invités à participer à l'enquête. Le taux de participation a été de 28 % dont 24 % des répondants déclarent avoir mis en œuvre un accueil féminin en 2017.

Deux grands champs d'action se distinguent avec d'une part l'accueil maternel : accompagnement de la maternité avec suivi périnatal spécialisé et d'autre part l'accueil de femmes : « traite les vulnérabilités observées chez les femmes présentant des addictions ». Dont 7 structures proposeraient un suivi gynécologique au sein de leur service. La moitié de ces accueils féminins ont été mis en place il y a moins de 2 ans [1].

Pour ces structures d'addictologie, l'engagement dans l'accueil féminin résulte d'une prise de conscience récente.

Depuis la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention, c'est-à-dire qu'elles réalisent l'examen des seins, l'examen génital, le frottis cervico-vaginal et la prescription de contraception, et ce pendant toute la vie de leurs patientes. En cas de pathologie, le suivi est alors orienté vers un médecin. [9] Elles assurent également l'accompagnement de la santé sexuelle et participent activement à la prévention et à l'accompagnement des violences faites aux femmes. Dans ce cadre, elles jouent un rôle clé en repérant les patientes victimes de violences, en les accueillant et en les accompagnant de manière adaptée, ainsi qu'en fournissant des conseils et des informations personnalisées. Cette approche permet d'établir une relation de confiance, de favoriser l'expression des violences subies et de coordonner les accompagnements nécessaires. Les sages-femmes sont donc des actrices à part entière dans ce projet de santé publique.

Dans le cadre de cette étude, nous formulons l'hypothèse que l'observance du suivi gynécologique des femmes présentant une problématique addictive et suivies en CSAPA, est insuffisante au regard des recommandations de l'Haute Autorité de Santé, compte tenu de l'augmentation des risques gynécologiques et de la fréquence des grossesses inopinées liées aux consommations de substances psychoactives.

Afin de tester cette hypothèse, l'étude propose d'évaluer le suivi gynécologique et la santé sexuelle des femmes présentant une problématique addictive ayant consulté en CSAPA.

Les objectifs sont de caractériser la population suivie au CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux

Universitaires de Strasbourg, d'identifier les besoins et les attentes des femmes accueillies en CSAPA en matière de réduction des risques gynécologiques en fonction de l'âge, de déterminer les moyens contraceptifs les plus adaptés à mettre à disposition au sein du CSAPA, et enfin, d'identifier les besoins en prévention de la santé sexuelle des patientes accompagnées.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective basée sur l'acquisition de données présentes dans les dossiers médicaux des patientes suivies au CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) ayant eu au moins une consultation avec la sage-femme de l'équipe.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique le 15 mai 2025, RNI 2025- HUS N° 9616 et toutes les formalités nécessaires ont été accomplies auprès de la CNIL (réf : R25-019)

2.2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient les suivants : Femme, majeure ; Suivie au CSAPA du service d'addictologie des HUS ; Avoir rencontré la sage-femme de l'équipe lors d'au moins une consultation.

Les consultations de sage-femme sont ouvertes à toutes les femmes majeures suivies au CSAPA ou hospitalisées pour un sevrage complexe, quel que soit leur âge, leur situation sociale ou le type de problématique addictive. Les patientes prennent rendez-vous avec la sage-femme, qui remplit un dossier médical lors de chaque consultation.

Les Critères de non-inclusion : Barrière de la langue ; Patientes n'ayant jamais rencontré la sage-femme du CSAPA ; Dossiers médicaux incomplets ou indisponibles pour le recueil des données nécessaires à l'étude.

2.3. Données recueillies

Données sociodémographiques et contexte de vie. Les informations suivantes ont été recueillies afin de caractériser le profil social et économique des patientes : Âge ; Niveau d'études (sans diplôme, CAP/BEP, Bac, supérieur) ; Situation professionnelle (emploi stable, emploi précaire, chômage) ;

Statut socio-économique et indicateurs de précarité : Logement (stable, hébergement temporaire, sans-abri) ; Revenus (stables, précarité financière) ; Accès aux soins et couverture sociale ; Vulnérabilités sociales supplémentaires (isolement familial, poly-addiction).

Données médicales

Substance psychoactive principale motivant le suivi au CSAPA ; Consommation concomitante avec d'autres substances psychoactives. Antécédents médicaux généraux et gynécologiques ;

Suivi gynécologique et santé sexuelle : Méthodes contraceptives utilisées ; Suivi des infections sexuellement transmissibles (IST) ; Dépistage du HPV ; Mammographie et autres examens de prévention gynécologique.

La consultation gynécologique réalisée par une sage-femme s'inscrit dans une démarche de réduction des risques. Elle comprend un temps d'échange permettant d'identifier les pratiques à risque, d'évaluer les besoins en santé sexuelle et reproductive et d'adapter les conseils de prévention. Elle peut inclure un examen gynécologique, des actions de dépistage (infections sexuellement transmissibles, frottis cervico-utérin, le tout en auto prélèvement) ainsi qu'un accompagnement en matière de contraception, de suivi menstruel, de la ménopause et de prévention des complications gynécologiques, dans une approche globale, bienveillante et non jugeante.

Le recueil des données sociales et médicales a été effectué à partir des dossiers sociaux et médicaux, complétés par les observations consignées par la sage-femme lors de la consultation. Les variables ont été classées pour permettre une analyse descriptive précise des conditions de vie et des vulnérabilités des femmes.

2.4. Période et taille de l'échantillon

Le recueil de données a porté sur les femmes ayant rencontré la sage-femme du CSAPA sur une période d'un an, du 1er septembre 2023 au 1er septembre 2024. Au total, 55 patientes ont été incluses dans l'étude.

2.5. Analyse statistique

Une analyse strictement descriptive a été réalisée : Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages ; Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne \pm écart-type ou la médiane et l'intervalle interquartile selon leur distribution.

Les données ont été saisies dans un fichier Microsoft Excel, utilisé également pour le calcul des statistiques descriptives. Aucune analyse comparative n'a été menée, l'objectif étant de dresser un portrait descriptif de la population. Les données manquantes n'ont pas été remplacées et ont été exclues des calculs au cas par cas.

3. RESULTATS

3.1. CONSULTATIONS SAGE-FEMME

La grande majorité des rendez-vous avec la sage-femme sont honorés, avec un taux de présence de 87 %. Parmi ces rendez-vous, 47 % des femmes ont été vues une fois, 28 % deux fois et 25 % trois fois ou plus.

3.2. POPULATION DE L'ETUDE

La moyenne d'âge de notre étude est de 36 ans, de 20 ans à 66 ans, avec 76 % des femmes en âge de procréer et 24 % de femmes en situation de ménopause.

Concernant leur mode vie 31 % sont en situation de précarité (SDF, Foyer, ...), 69 % sont insérées et 54 % d'entre elles travaillent et touchent un salaire.

Pour leur niveau d'étude 11 % se sont arrêtées au brevet ou avant, 47 % sont allées jusqu'au bac et 9 % ont fait de études supérieures. Pour 33 % des patientes de l'étude cette information n'est pas connue.

3.3. SUBSTANCE PSYCHOACTIVES

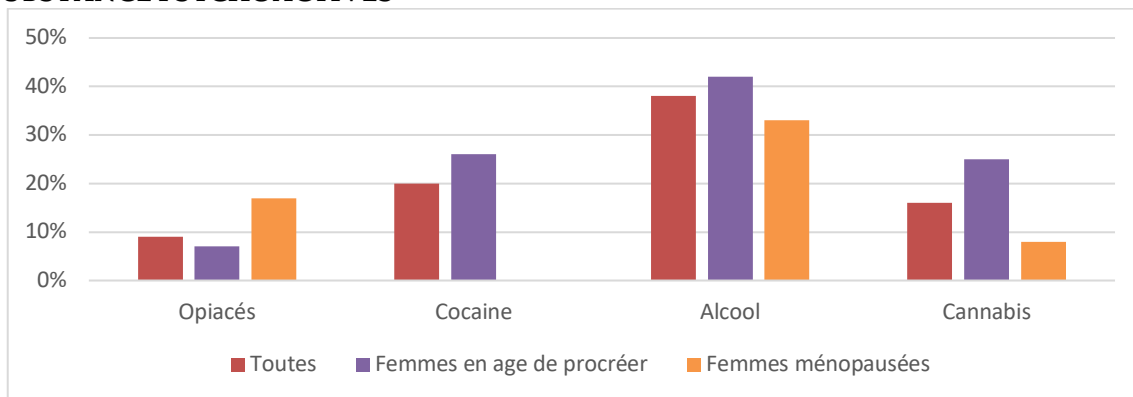


Figure 1. Répartition des substances principales consommées par les patientes de l'étude, en fonction de leur âge physiologique

Concernant les substances principalement consommées, on retrouve en majorité l'alcool pour 38 % des femmes, puis la cocaïne pour 20 %, le cannabis à 16 % et 9 % consomment des opiacés. 13 % des femmes de l'étude sont sous traitements de substitution aux opiacés (TSO).

6.1. SUIVI GYNECOLOGIQUE

Pour le suivi gynécologique, 47 % des femmes rencontrées en consultations n'ont jamais eu ou n'ont plus de suivi gynécologique depuis plus de 5 ans.

Et 22 % des femmes de l'étude ont eu une consultation gynécologique dans l'année qui précède.

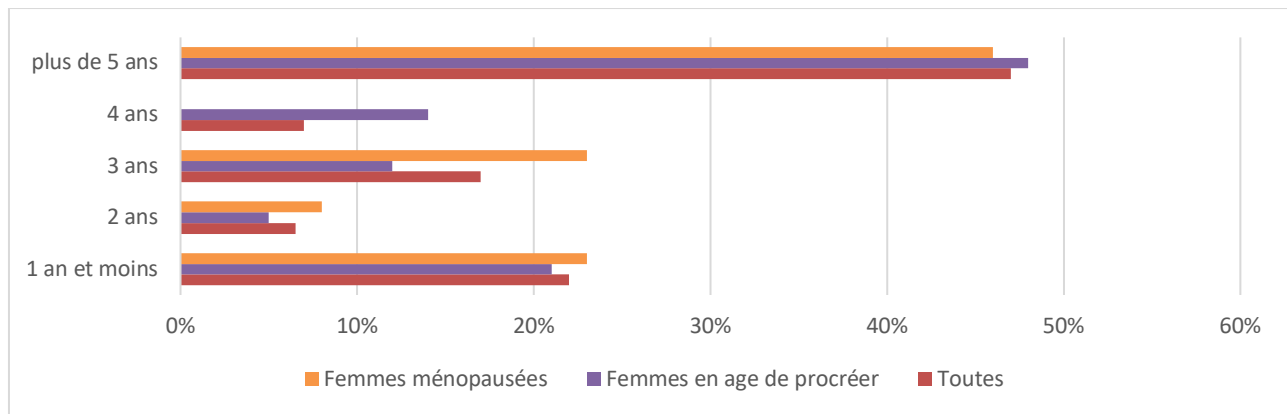


Figure 1. Délais depuis la dernière consultation gynécologique en fonction de l'âge physiologique féminin

3.5. CONTRACEPTION

Patientes en âge de procréer (sans symptôme de ménopause et sans grossesse):

Type de contraception	Taux d'utilisation	Contraception périmée	Tests de grossesse réalisés 40 % des cs	Contraception		Contraception proposée mais réflexion
				Débutée par	Modifiée	
Sans contraception	42 %	/	65 %	63 %		31 %
Pilule	17 %	0 %	14 %	20 %	14 %	14 %
Implant	12 %	60 %	40 %	45 %	100 % des périmés	33 %
Stérilet (SIU + DIU)	17 %	29 %	14 %	27 %	100 % des périmés	50 %
Nuvaring®				8 %		
Préservatifs	2 %	/	100 %		100 % > par stérilet	
Homosexuelle	5 %	/	/	/		/
Désir de grossesse	5 %	/	100 %			

Tableau 1. Statut contraceptif des patientes en âge de procréer et modifications contraceptives proposées. **Contraception périmée: durée d'efficacité recommandée dépassée.**

Concernant la contraception, 42 % des femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception avec 5 % qui ont un désir de grossesse sous-jacent. Pour toutes les femmes sans contraception en âge de procréer, une information et une proposition de contraception ont été faites. 63 % d'entre elles en ont débuté une lors de la consultation : 45 % Nexplanon®, 27 % de stérilet, 20 % de pilule et 8 % de Nuvaring®.

Concernant les 48 % de femmes ayant une contraception mise en place à l'extérieure, 60 % des implants étaient périmés (> 3 ans depuis la pose) et 29 % des stérilets (> 5ans depuis la pose). 100 % de ces contraceptions périmées ont été retirées et remplacées par une nouvelle contraception. Par ailleurs, 2 % des femmes utilisaient les préservatifs comme moyen de contraception, qui ont été remplacé par la pose d'un stérilet.

3.6. PRELEVEMENT VAGINAL A LA RECHERCHE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Un prélèvement vaginal pour rechercher les infections sexuellement transmissibles est réalisé dans 58 % des consultations et ils sont à 100 % négatifs. 27 % des femmes sont à jour dans leur dépistage. Et dans 15 % des cas, il est proposé mais non réalisé.

3.7. RECHERCHE DU PAPILOMAVIRUS HUMAIN (HPV)

Concernant plus particulièrement le frottis cervico-vaginal pour le dépistage des cancers du col de l'utérus, 50 % des femmes sont à jour de leur surveillance, 37 % de frottis sont réalisés en consultation: dont 19 % de retour pathologique avec contrôle dans 1 an.

Pour 11 % des femmes, le prélèvement a été expliqué, mais pas réalisé. Et dans 2 % des consultations, il n'a pas été abordé.

3.8. LA GROSSESSE

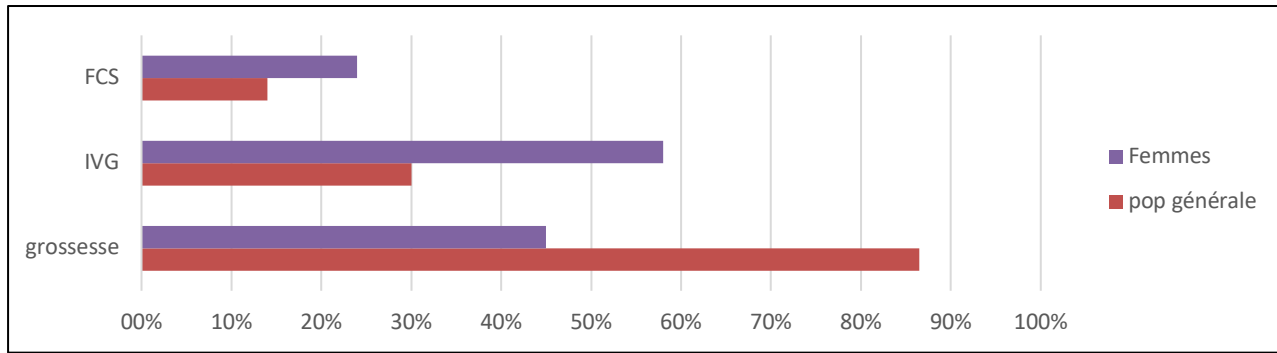


Figure 3. Profil obstétrical des patientes de l'étude ayant été enceinte versus la population générale française.

Concernant les antécédents obstétricaux, 67 % des femmes incluses dans l'étude ont déjà été enceintes. Parmi elles, 58 % ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moins une fois au cours de leur vie, et 24 % ont présenté au moins une fausse couche. Par ailleurs, 45 % des femmes ayant mené une grossesse à terme ont au moins un enfant.

3.9. MAMMOGRAPHIE

Parmi les femmes en âge de bénéficier d'une surveillance du cancer du sein par mammographie (à partir de 50 ans, ou plus précocement en cas d'antécédents familiaux), 33 % étaient à jour de leur suivi. Parmi celles ne l'étant pas, une mammographie a été prescrite dans 84 % des consultations, tandis que pour les 16 % restantes, la surveillance et l'examen ont été expliqués mais non souhaités par la patiente. Par ailleurs, 33 % des mammographies réalisées ont conduit à une ponction, dont l'une a permis de diagnostiquer un cancer du sein de stade II.

À titre de comparaison, dans la population générale française, 48 % des femmes suivent les recommandations de surveillance de la Haute Autorité de Santé.[8]

3.10. VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

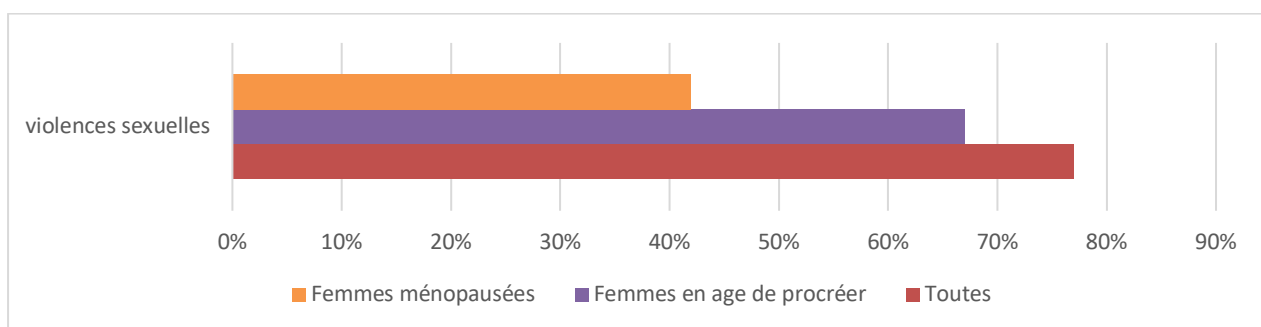


Figure 4. Proportion de femmes victimes de violences sexuelles en fonction de l'âge physiologique féminin.

Lors des consultations, 80 % des femmes ont été interrogées sur leurs antécédents de violences psychologique, physique et sexuelles.

Parmi les femmes interrogées, 77 % déclarent avoir été victimes de violences sexuelles, passées ou actuelles. Parmi elles, 85 % sont en âge de procréer et 15 % sont ménopausées.

Cela représente 67 % des femmes en âge de procréer et 42 % des femmes ménopausées de l'étude.

3. DISCUSSION

Notre étude s'est attachée à analyser différents indicateurs du suivi gynécologique chez des femmes présentant des conduites addictives. Les résultats mettent en évidence une observance insuffisante de ce suivi chez les femmes prises en charge en CSAPA, au regard des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé.

Cette insuffisance apparaît d'autant plus préoccupante au vu du sur-risque de pathologies gynécologiques et de grossesses non planifiées associé aux consommations.

Plus précisément, les données recueillies révèlent un moindre recours aux consultations de suivi gynécologique, à la réalisation de frottis cervico-utérins, au dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'à la mammographie. Par ailleurs, en comparaison avec la population générale, ces femmes présentent une exposition accrue aux violences sexuelles et rencontrent plus fréquemment des complications ou difficultés en lien avec la grossesse.

De telles données rejoignent celles d'autres études et montrent le rôle prééminent de la sage-femme dans un CSAPA.

En effet, malgré la nécessité et l'importance d'un suivi gynécologique de prévention, il apparaît en France, que 22 % des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier. [9] Alors qu'elles sont deux fois plus dans notre CSAPA avec 47 % des femmes rencontrées en consultations qui n'ont jamais eu ou n'ont plus de suivi gynécologique depuis plus de 5 ans. Et cela quelle que soit la tranche d'âge.

Une étude OpinionWay réalisée en 2011 a montré que 19 % des femmes en France entre 16 et 60 ans n'avaient aucun suivi gynécologique régulier sur une durée d'au moins 2 ans, 6 % des femmes n'avaient jamais consulté en gynécologie de prévention et une femme sur cinq n'avait pas réalisé de Frottis cervicaux-utérin (FCU) sur une période de plus de 5 ans ou n'en avait jamais fait.

Parmi les femmes qui n'effectuent pas de suivi gynécologique de prévention, les principales raisons invoquées sont une absence de problème de santé (28 %), un délai trop long pour obtenir un rendez-vous (14 %), un âge ne nécessitant pas d'être suivie régulièrement (14 %), un déménagement (11 %), une absence de professionnel autour de chez soi (7 %), trop de frais à engager (6 %) ou d'autres motifs divers et variés (20 %)[10].

D'après l'étude du Dr Roselyne MARTEL en 2021[11], seulement 51.8 % des patientes avec un suivi en addictologie (CSAPA, CAARUD, etc.) ont un suivi gynécologique conforme aux recommandations de l'HAS. Au sein de notre CSAPA, ce taux atteint 22 % parmi les femmes interrogées. Dr MARTEL explique par contre que ce chiffre monte à 69 % lorsqu'elles bénéficient de consultations gynécologiques au sein même des centres d'addictologie.

Concernant la contraception, dans notre étude, toutes les femmes ayant une contraception ont un suivi gynécologique régulier associé. Par contre, 42 % des femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception, avec seulement 5 % qui ont un désir de grossesse sous-jacent.

Le coût des méthodes contraceptives constitue un frein potentiel à l'accès à la contraception, d'autant plus marqué dans un contexte de précarité sociale importante. Notamment les pilules de première et de deuxième génération, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU), les diaphragmes et les progestatifs injectables qui sont remboursés à hauteur de 65 % par l'Assurance Maladie ce qui laisse un reste à charge non négligeable pour les femmes.

Afin de lever cet obstacle, un partenariat a été mis en place avec la pharmacie de l'hôpital et la sage-femme du service, permettant de proposer gratuitement l'initiation ou le renouvellement de toute méthode contraceptive adaptée à la situation addictive et sociale des femmes accompagnées au sein du CSAPA des HUS.

Ainsi, les consultations de sage-femme réalisées au sein du CSAPA ont permis une amélioration significative de la couverture contraceptive : près des deux tiers des femmes en âge de procréer initialement sans contraception bénéficient désormais d'une méthode contraceptive et majoritairement avec une contraception qui ne nécessite pas d'observance de leur part hormis le délai de péremption. Par ailleurs, l'ensemble des femmes présentant une contraception périmée a pu bénéficier d'un retrait et de la mise en place d'une nouvelle méthode adaptée.

Cette consultation permet de grandement faciliter l'introduction ou le changement de contraception ce qui limite également le risque de grossesse inopinée chez les femmes suivies en CSAPA.

Le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) publie en Mars 2022, une étude indiquant que la moitié des grossesses dans le monde seraient non planifiées. Lorsqu'une consommation de substances psychoactives est associée, une étude américaine estime le taux de grossesses inopinées entre 60 et 90 %. [12] De plus, une étude menée au Canada indique un taux de grossesses inopinées de 95,7 % chez les femmes consommatrices de drogues, contre 45 % dans la population générale, ainsi qu'un taux d'avortement de 80,7 % chez les femmes sous traitements de substitution, comparé à 31 % dans la population générale. [13]

Dans notre étude, 58 % des patientes ont eu au moins une IVG au cours de leur vie, contre 33 % dans la population générale de femmes françaises. [14] Ces données suggèrent une fréquence quasiment deux fois plus élevée du recours à l'IVG parmi les femmes concernées par une problématique addictive, ce qui met en évidence la nécessité de proposer au sein du CSAPA un accès rapide aux tests de grossesse, à la pilule contraceptive d'urgence, ainsi que des consultations adaptées pour les demandes d'IVG dans des délais optimaux. La mise en place de consultations gynécologiques dédiées permettrait également d'informer et d'accompagner les patientes dans leurs projets périnataux.

Il est également à noter que 24 % des grossesses survenues chez les femmes de l'étude se sont terminées par une fausse couche spontanée (FCS). Comparé au taux de 14 % observé dans la population générale, ce résultat indique une fréquence beaucoup plus élevée de FCS dans ce groupe, ce qui souligne la nécessité d'en tenir compte dans l'accompagnement des patientes en désir de grossesse au CSAPA.

En matière de dépistage, qu'il s'agisse des infections sexuellement transmissibles (IST) ou des cancers, les femmes suivies en CSAPA présentent un risque accru [4]. Plusieurs facteurs associés à la consommation de substances psychoactives contribuent à augmenter cette vulnérabilité. L'altération du discernement entraîne une diminution de l'usage du préservatif, tandis que certaines substances, comme les stimulants, l'alcool ou le GHB, peuvent induire des rapports sexuels prolongés, plus violents, augmentant la probabilité de microlésions vaginales ou génitales facilitent la transmission des IST [21-22].

Leur adhésion aux recommandations de dépistage est réduite, en particulier en raison de la fréquence élevée d'antécédents de violences sexuelles, touchant 77 % des femmes de notre étude contre 53 % dans la population générale [15]. Toutefois, les données disponibles de notre étude ne permettent pas de différencier de manière fiable les violences sexuelles des autres violences, ni de distinguer les violences actuelles de celles passées, ce qui constitue une limite de notre analyse.

Dans ce contexte, la sage-femme joue un rôle central en tant que professionnelle de première ligne pour le repérage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Elle intervient dans l'identification, le soutien et à l'orientation des patientes victimes de violences, en s'appuyant sur une relation de confiance et d'écoute favorisant l'expression des violences subies et permettant la coordination des accompagnements adaptés.

Parallèlement, et dans le cadre d'une stratégie nationale de prévention, le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) a publié en 2021 un guide pratique de repérage et d'intervention brève en santé sexuelle en contexte d'addictologie [18], fournissant aux professionnels des outils concrets pour améliorer le dépistage et la prévention auprès des patientes vulnérables.

Ces violences, aux répercussions physiques et psychiques importantes, constituent une barrière supplémentaire à l'accès aux dépistages gynécologiques, tels que ceux du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, celui-ci était réalisé chez 61,4 % des femmes âgées de 25 à 65 ans dans la région Grand Est en 2020-2022 [19] contre 50 % dans notre étude. Face à ces difficultés citées précédemment pouvant freiner l'accès au dépistage, une collaboration initiée par notre équipe, a été mise en place entre le laboratoire de l'hôpital et un laboratoire spécialisé dans la production d'écouvillon d'auto-prélèvement pour le dépistage HPV. Cette démarche a permis d'augmenter le taux de dépistage HPV jusqu'à 85 % chez les femmes rencontrées par la sage-femme du service.

Le cancer du col de l'utérus est le premier cancer considéré comme pouvant être éliminé grâce à la prévention [25]. Le taux de vaccination contre le HPV n'a pas été évalué dans notre étude. L'intégration d'un accès à la vaccination anti-HPV au sein du CSAPA, conformément aux recommandations de l'HAS, constituerait une

modalité supplémentaire de prévention du cancer du col de l'utérus [20].

Pour le dépistage du cancer du sein, le taux national est de 48,2 % [8], tandis qu'il atteint 33 % dans notre échantillon étudié. A l'issue des consultations, 84 % des patientes dont la surveillance n'était pas à jour ont quitté la consultation avec une ordonnance de mammographie et une explication de l'examen. Pour certaines une prise de rendez-vous s'est faite en aide avec la sage-femme.

Parmi les patientes ayant réalisé cet examen, 33 % présentaient une ou plusieurs masses nécessitant une ponction. Un cancer du sein en stade 2 a été diagnostiqué. Le délai entre la consultation de sage-femme au CSAPA et l'intervention chirurgicale a été de 48 jours, incluant la réalisation de la mammographie, de la ponction/ biopsie, du scanner thoraco-abdomino-pelvien, de la scintigraphie, ainsi que l'organisation de l'intervention.

En France, le délai moyen d'accès aux traitements varie selon le type de cancer [8] : il est de 23,4 jours pour le cancer colorectal et de 40 jours pour le cancer du sein.

Dans ce contexte, la consultation de réduction des risques gynécologiques au CSAPA a permis de diminuer ce délai d'environ 10 jours, grâce à la présence d'une professionnelle spécialisée assurant une coordination rapide, favorisant ainsi un accès plus rapide aux examens et aux prises de rendez-vous.

Ces résultats soulignent l'importance de proposer, au sein du CSAPA, une consultation dédiée à la réduction des risques gynécologiques, afin de garantir une prise en charge globale intégrant prévention, dépistage, accompagnement et soutien.

En définitive, notre étude met en lumière la vulnérabilité des femmes présentant des conduites addictives. Bien qu'elles soient identifiées comme une priorité par les stratégies gouvernementales et européennes récentes, elles restent sous-représentées dans les structures spécialisées : elles constituent 23 % des usagers en CSAPA et 18 % des personnes accueillies en CAARUD. La majorité d'entre elles se situe en âge de procréer [1], ce qui concorde avec nos résultats, la moyenne d'âge observée étant de 36 ans.

Selon le rapport d'activité annuel 2022 du CSAPA des HUS, 32 % des personnes accueillies et suivies sont des femmes, un taux nettement supérieur à la moyenne nationale. Sur la même année, 17 % des patientes du CSAPA ont été rencontrées par la sage-femme, un chiffre qui demeure insuffisant au regard de l'importance de ce type de consultation en matière de réduction des risques gynécologiques.

Cette étude comporte toutefois certaines limites, lesquelles invitent à une prudence dans la généralisation des résultats à l'ensemble de la population française. L'absence de groupe témoin en fait partie, c'est une étude descriptive qui vise à documenter les observations réalisées, d'autant qu'elles concernent un domaine encore peu décrit dans la littérature. La réalisation d'une étude prospective comparant deux populations – l'une suivie en consultation de gynécologie classique et l'autre en consultation de gynécologie au CSAPA- permettrait d'affiner cette recherche.

Par ailleurs, les femmes, rencontrées par la sage-femme du CSAPA des HUS, présentent généralement des addictions d'une sévérité suffisante pour nécessiter une prise en charge spécialisée, ce qui introduit un biais de sélection et limite la représentativité de cette population par rapport à la population générale ou à celle suivie dans d'autres structures d'addictologie.

Enfin, l'absence de données sur le statut vaccinal HPV constitue une autre limite et justifie l'intégration de ce critère dans de futurs travaux de recherche.

4. CONCLUSION

Cette étude met en évidence l'importance de disposer, au sein des équipes des services d'addictologie des professionnels formés, sensibilisés aux problématiques liées à l'addiction en gynécologie, santé sexuelle et périnatalité, et dotés de capacités d'écoute et de compréhension adaptées permettant une prise en charge optimale de ces situations complexes. Les CSAPA ont un rôle de repérage, d'accès et d'orientation à jouer auprès

d'un public qui peut présenter des difficultés sur la sexualité et la parentalité majorées par un contexte de consommation et de précarité. La situation addictive entraîne souvent chez les femmes des accompagnements spécifiques qui doivent tenir compte de leur temporalité, de leur fragilité dans les liens sociaux, des priorités dans leur quotidien et de la relation à autrui. L'objectif est de permettre un suivi gynécologique de prévention adapté, intégrant les spécificités liées à la consommation de substances et aux facteurs de vulnérabilités associés. Les données de cette étude, ainsi que celles issues des différentes enquêtes citées dans ce travail, montrent que les femmes consommatrices de substances psychoactives sont davantage confrontées à des problématiques gynécologiques et de grossesse non désirée que la population générale. La santé des femmes consommatrices est un réel enjeu de santé publique, dans lequel la sage-femme intervient comme une professionnelle de premier recours au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire du CSAPA. En proposant des consultations de prévention en gynécologie, obstétrique et santé sexuelle ainsi que des outils de réduction des risques, le sage-femme contribue à réduire les délais d'accès aux examens et aux soins, à coordonner rapidement les prises en charge et à améliorer l'adhésion aux recommandations de dépistage, tout en tenant compte des vulnérabilités spécifiques des femmes du CSAPA. La mise en place de telles consultations spécialisées constitue aujourd'hui un élément essentiel du dispositif de soins pour les femmes suivies en addictologie.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun.

Sources de financement : Aucun

Contribution des auteurs : Cécile North : conceptualisation, recueil des données, méthodologie, supervision, validation, rédaction – version originale, rédaction – révision et édition. Laurence Lalanne : conceptualisation, méthodologie, supervision, validation, rédaction – révision et édition.

5. REFERENCES

1. OFDT. Résultats de l'enquête Ad Femina : Accueil spécifique des femmes en addictologie. Tendances. 2019.
2. Gordis E. Are Women More Vulnerable to Alcohol's Effects? Alcohol Alert. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA); 1999.
3. Gordis E. Alcohol: A Women's Health Issue. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003
4. Fédération des Addictions. Femmes et addictions. Repères. 2016;100 p.
5. Mission interministérielle de lutte contre les addictions (MILDECA) ; Fédération Addiction. Femmes et addictions : un guide pour améliorer la prise en charge des femmes usagères de drogues. 2022. [Consulté 3 Novembre 2024]. Available from: <https://www.drogues.gouv.fr/femmes-et-addictions-un-guide-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des-femmes-usageres-de-drogues>
6. Haute Autorité de Santé. Des risques spécifiques sur la santé pour les femmes. Dossier de presse. 2025
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : Agenda 2017–2030. 2017.
8. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022 2023 et évolution depuis 2005. [Consulté Mars 2025]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-2024-et-evolution-depuis-2005>
9. Ordre National des Sages Femmes. Contraception : Les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Consulté 10 Avril 2025]. Available from: <http://www.ordresagesfemmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees>
10. Ordre National des Sages Femmes. Dossier contraception. 2017. [Consulté Mars 2025]. Available from: http://www.ordre-sagesfemmes.fr/wpcontent/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf
11. Martel RNS. État des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18 65 ans prises en charge dans une structure spécialisée en addictologie. Thèse de médecine. 2021.
12. Levander XA, et al. Contraception and Healthcare Utilization by Reproductive Age Women Who Use Drugs in Rural Communities: A Cross Sectional Survey. J Gen Intern Med. 2023;38:98 106. doi:10.1007/s11606 022 07558 6
13. Jia L, Norman WV. Contraception Practices Among Women on Opioid Agonist Therapy. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(2):204 210. doi:10.1016/j.jogc.2020.06.027 LSHTM Research Online

14. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. INED. 2015; Numéro 518. doi:10.3917/popsoc.518.0001
15. #NousToutes. Comprendre les chiffres pour mieux défendre les femmes et les enfants victimes de violences sexistes et sexuelles [Internet]. [Consulté le 10 juillet 2025]. Available from: <https://www.noustoutes.org/comprendre-les-chiffres> Deparis N, Rudelle K, Lévêque C, Fréminville H, Bœuf Gibot S, Lambert C, Vicard Olagne M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste (AVIC MG). *Santé Publique*. 2024;36(3):49-56.
16. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22(3):121-128. doi:10.1016/S0740-5472(02)00223-9
17. Bonnet N, Hochet M. Guide pratique : Repérage précoce et intervention brève en matière de santé sexuelle en contexte addictologique. *Respadd*; 2021.
18. Agence Régionale de Santé Grand Est. Prévention du cancer du col de l'utérus : Le dépistage organisé et la vaccination anti HPV en Grand Est. [Consulté 10 Novembre 2025]. Available from: <https://www.grand-est.ars.sante.fr>
19. Riccard E. Plaidoyer pour améliorer les modalités de prise en charge : cancérologie, comment optimiser les délais d'accès aux soins ? *Dialogue Santé*. 2024 Oct.
20. Haute Autorité de Santé. Papillomavirus (HPV) : le rattrapage vaccinal recommandé chez les femmes et les hommes jusqu'à 26 ans révolus [Internet]. Paris : HAS; 2025 [cité le 1 déc 2025]. [Consulté le 3 Novembre 2025]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3605077/fr/papillomavirus-hpv-le-rattrapage-vaccinal-recommande-chez-les-femmes-et-les-hommes-jusqu-a-26-ans-revolus
21. Senn TE, Carey MP, Carey KB. Substance use and risk for sexual assault in college women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010.
22. Norris J, George WH. Alcohol and sexual assault: The role of incapacitation. *Addiction*. 2006.
23. Cohen M, et al. Sexual trauma and HIV transmission risk. *Am J Public Health*. 2000
24. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*. 2023;11(2):e197-e206.
25. Malagón T, Franco EL, Tejada R, Vaccarella S. Epidemiology of HPV-associated cancers past, present and future: towards prevention and elimination. *Nat Rev Clin Oncol*. 2024;21(7):522-538. doi:10.1038/s41571-024-00904-z
26. Charron E, Tahsin F, Balto R, Eichelberger KY, Dickes L, Simonsen SE, Mayo RM. Provider perspectives of barriers to contraceptive access and use among women with substance use disorders. *Womens Health Issues*. 2022;32(2):165-172. doi:10.1016/j.whi.2021.11.010
27. Levander XA, Foot CA, Magnusson SL, Cook RR, Ezell JM, Feinberg J, et al. Contraception and Healthcare Utilization by Reproductive-Age Women Who Use Drugs in Rural Communities: a Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. janv 2023;38(1):98-106.
28. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med*. nov 2015;80:23
29. Janis E, et al. Reaching people who use drugs with sexual and reproductive healthcare through syringe services programs: potential promise and missed opportunities. *Harm Reduct J*. 2024;21:198.

RECHERCHE

Alcohol and tobacco consumption among Hospitalized Individuals in healthcare facilities in Normandy with an emergency department in 2020

Leslie Kouam^{1,*}, Annabelle Yon², Marie Van Der Schuren³, Alexandre Baguet⁴, Nicolas Cabé³, Mélanie Martel¹

¹ Santé publique France, Regions Division, Rouen, France

² Regional Health Observatory and Regional Centre for Studies, Actions and Information in Normandy, Hérouville-Saint-Clair, France

³ Addiction Department, Caen University Hospital, Caen, France

⁴ Addiction Department, Rouen University Hospital, Rouen, France, INSERM, U1073, Rouen, France, Institute for Research and Innovation in Bio-medicine, University of Normandy, Rouen, France

* Correspondance : cité administrative Saint-Sever, 4 rue Saint Sever, 76100 Rouen. Email : Melanie.martel@santepubliquefrance.fr

Résumé : Contexte: L'état des lieux des consommations en population hospitalière permet d'estimer le fardeau pour les établissements de santé et d'évaluer les besoins sanitaires afin d'adapter les interventions. L'objectif de l'étude est de déterminer la prévalence des consommations de tabac et d'alcool chez les patients en consultation ou hospitalisés au sein des établissements de santé en Normandie et d'identifier les facteurs associés à ces consommations.

Méthodes : Une étude transversale a été réalisée auprès des établissements de santé en Normandie. Pour le tabac, les répondants ont été classés en non-fumeurs ou fumeurs et pour la consommation d'alcool, deux indicateurs ont été utilisés : usage quotidien et alcoolisation ponctuelle importante (API). Une régression logistique a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés aux consommations. Résultats: 22,4 % étaient des fumeurs quotidiens et 55,0 % souhaitaient arrêter. La consommation quotidienne d'alcool concernait 9,4 % des répondants et les API mensuelles 18,1 %. La psychiatrie était le service où les prévalences de consommation étaient plus élevées et les facteurs associés aux consommations étaient le sexe, l'âge et la situation professionnelle. Conclusion : L'identification de profils de patients est importante et peut contribuer à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées. Pour une intervention adaptée auprès de ces personnes, il serait important de mettre en place au sein des établissements des dispositifs de prise en charge, d'améliorer ceux déjà en place et de renforcer la formation des personnels soignants à l'addictologie.

Mots-clés : Alcool, tabac, patients, établissements de santé

Abstract: Context: By obtaining an overview of tobacco and alcohol consumption among hospital inpatients and outpatients we can estimate the burden on healthcare facilities and evaluate health needs in order to adapt interventions. The objective of this study is to determine the prevalence of such consumption in Normandy and identify the factors associated with it. Methods: A cross-sectional study was conducted in hospitals in Normandy with an Emergency Department and therefore an addiction liaison and care team (ELSA) or an addiction liaison nurse. For tobacco consumption, respondents were classified as non-smokers or smokers. For alcohol consumption, two indicators were used: daily use and binge-drinking. Logistic regression was used to identify the factors associated with consumption. Results: 22.4 % of the respondents were daily smokers and 55.0 % wanted to quit. Daily alcohol consumption concerned 9.4 % of the respondents and monthly binge-drinking 18.1 %. Psychiatry was the department with the highest prevalences of consumption, and the factors associated with this phenomenon were sex, age and employment status. Conclusion: Establishing profiles of patients is important and can help to improve their detection and care. In order for this care to be appropriate, it would be important to set up new initiatives within hospitals, improve existing initiatives and reinforce the training of healthcare staff in the treatment of addiction.

Key words: Alcohol, tobacco, patients, healthcare facility

1. INTRODUCTION

In France, tobacco and alcohol represent major public health challenges at national and regional level. In Normandy, their consumption remains responsible for 20 % of deaths (15 % for tobacco and 5 % for alcohol) [1]. The mortality observed there is but a late and limited reflection of the forms and extent of this regional health problem, given the health and social consequences of such use (illness, disability, suicide, violence, economic precariousness and isolation) [2]. What is more, levels of excess mortality are higher than the national average, at +8 % for tobacco and +25 % for alcohol [1].

These observations mean that good care for people addicted to such products is fundamental. Furthermore, if we are to prevent complications, it is important to take a proactive approach which involves identifying the consumers. However, professional practices need to be improved, with several problems standing in the way: lack of initial and ongoing training, compartmentalization between primary care staff and specialist services, addiction care tools that are little known and not fully integrated into practice, lack of time on the part of healthcare staff, and the feeling of a lack of legitimacy [3,4].

Hospitals play a major role in the identification, management and possible referral to the appropriate professionals of disorders related to tobacco and alcohol use [4]. Knowing the frequency of such use among patients in this setting would help to determine needs in terms of healthcare and its adaptation, as well as the adaptation of hospital practices – particularly in the field of addiction.

To date, while data on the frequency of tobacco and alcohol use are mainly available for the general population, very few are available for the hospital population, and are limited either to a single hospital or regional department of France [5,6]. Ours was a much broader study of Normandy as a whole and its aim was to determine the prevalence of addiction practices among inpatients and outpatients using the region's public and private hospitals and to identify the factors associated with this use [7]. In this article, we will focus specifically on tobacco and alcohol.

2. METHODS

2.1. Study design

This descriptive cross-sectional study took place on one given day in each hospital department over the course of one week (from 27/01/2020 to 02/02/2020).

2.2. Participants

Each patient included had to be present on the day of the survey as an inpatient or outpatient of one of the participant hospitals of the Normandy region, and in one of the following hospital departments: Medicine, Surgery, Obstetrics-Gynaecology, Adult Emergency, Psychiatry or Follow-up and Rehabilitation. They also had to be aged 16 years or over and be able to complete the questionnaire – depending on their state of health and ability to read and write French. The number of patients was not defined in advance, and the aim was to have as many respondents as possible.

2.2. Data collection

A questionnaire, designed with the help of professionals specializing in addiction, was used to gather information on the department in which the patient was receiving care, their sociodemographic characteristics (age, sex, employment status, regional department of residence and level of education) and their tobacco and alcohol use.

The healthcare teams, healthcare executives and the addiction liaison team in the participating hospitals were tasked with distributing the self-administered questionnaires to the patients, and with completing a dashboard showing the number of questionnaires distributed, the number of patients present in the hospital departments on the day of the survey, and any specific events or difficulties encountered (e.g. accommodating a patient from another department). Participants were informed that they could contact the person who provided the questionnaire for any questions they might have.

2.4. Measurements

Regarding tobacco use, the statistical analysis essentially concerned patients who stated that they smoked daily (Smoker: daily smoker; non-smoker: non-smoker or occasional smoker) to compare these data with those from the Health Barometer [8]. For alcohol use, two indicators were used: daily consumption over the past 12 months and binge-drinking – defined as drinking 6 or more glasses on a single occasion – over the past 12 months. To this end, the questionnaire incorporated the first three questions of the Alcohol Use Disorder Identification Test, corresponding to the AUDIT-C [9-10].

2.5. Statistical analyses

A descriptive analysis of the respondents' characteristics was performed and the quantitative variables described were presented by their mean and standard deviation. The qualitative variables were presented in terms of numbers and percentages. A description of the prevalence of smoking, daily alcohol use and monthly binge-drinking was also produced. The distribution of the questionnaires by hospital department was compared with the distribution of patients recorded in the French national hospital database (PMSI), to see whether any departments were under or over-represented in the survey. Finally, in order to identify factors

independently associated with tobacco and alcohol use, a multivariate analysis was performed using logistic regression to obtain odds ratios (OR) and their 95 % confidence intervals (CI).

The data were analyzed using R software version 4.0.4 and the results considered statistically significant if the p-value was less than or equal to 0.05.

2.6. Ethical aspects

The protocol was compliant with the General Data Protection Regulation (GDPR): An anonymous questionnaire with no items allowing direct or indirect identification of respondents; data were stored on a secure server. For subjects who were 16 or 17 years of age, and following legal advice of our agency, an information document was given to their parents or guardians to inform them of the survey objectives and their rights. After being given detailed information by someone from ELSA and/or by the healthcare teams, and after being given the information document, they made their own decision to complete the questionnaire and participate in the study.

3. RESULTS

	Number (%)	
Hospital department		
Medicine	2559	(42.3)
Obstetrics-Gynaecology	297	(4.9)
Psychiatry	1073	(17.8)
Surgery	1033	(17.1)
Follow-up and Rehabilitation	620	(10.3)
Emergency	462	(7.6)
Sex		
Male	2777	(47.4)
Female	3083	(52.6)
Missing	521	(8.2)
Age (years)		
16 to 24	361	(5.7)
25 to 34	607	(9.7)
35 to 44	590	(9.4)
45 to 54	764	(12.1)
55 to 64	948	(15.1)
65 and over	3019	(48.0)
Missing	92	(1.4)
Department of residence		
Calvados	1160	(19.1)
Eure	1255	(20.7)
Manche	1043	(17.2)
Orne	940	(15.5)
Seine-Maritime	1672	(27.5)
Missing	311	(4.9)
Employment status		
In employment	1282	(20.6)
Unemployed	399	(6.4)
Student	150	(2.4)
Retired and Other inactive	4383	(70.5)
Missing	167	(2.6)
Level of education		
No qualification or below the baccalaureate	4154	(70.3)
Baccalaureate	757	(12.8)
Above the baccalaureate	596	(16.9)
Missing	469	(7.3)

Table 1. Sociodemographic characteristics of the inpatient and outpatient respondents in public/private hospitals in Normandy (n = 6381)

Forty out of 50 hospitals took part in the study, representing a participation rate of 80 %.

In total, 6381 questionnaires were completed partially or in full. Of the 40 participating hospitals, 34 returned a comprehensive dashboard with information on the number of questionnaires distributed, the hospital department concerned and the number of responders. We received 341 dashboards showing that 7155 questionnaires had been distributed – of which 4341 had been completed, thus resulting in a 61 % patient response rate for the 34 hospitals having sent in their dashboards (Table 1).

The study population was 52.6 % women and 47.4 % men (male-female sex ratio of 0.90). Patients aged 65 and over were the most numerous (48 %). Almost 30 % of the patients were resident in Seine-Maritime. Over 50 % of the patients were retired or otherwise inactive, while students were less represented (less than 3 %). Lastly, 70.3 % of patients had no qualifications or were qualified below baccalaureate level (Table 1).

3.1. Characteristics of the tobacco consumers

	Number (%)	Mean (σ)
Smoking status		
Non-smoker (smokes occasionally or never)	4835 (77.6)	
Smoker	1394 (22.4)	
Missing	152 (2.4)	
Duration of consumption (years)^a		24.9 (14.7)
Missing	168 (10.6)	
Number of cigarettes smoked per day^a		14.6 (9.5)
Missing	184 (11.7)	
Desire to quit smoking^a		
No	616 (45.7)	
Yes	733 (54.3)	
Missing	45 (3.2)	
Frequency of alcohol consumption		
Never	2154 (34.9)	
Once a month or less often	1281 (20.8)	
2 or 3 times a month	653 (10.6)	
Once a week	772 (12.5)	
2 or 3 times a week	545 (8.8)	
4 to 6 times a week	185 (3.0)	
Every day	577 (9.4)	
Missing	214 (3.4)	
Number of glasses of alcohol consumed per day (typical)^a		
1 or 2	2345 (66.4)	
3 or 4	702 (19.9)	
5 or 6	237 (6.7)	
7 or 8	102 (2.9)	
10 or more	144 (4.1)	
Missing	697 (16.5)	
Binge-drinking (6 or more glasses on the same occasion)^a		
Never	2450 (65.2)	
Less than once a month	628 (16.7)	
Once a month	265 (7.0)	
Once a week	180 (4.8)	
Every day or almost	236 (6.3)	
Missing	468 (11.1)	

Table 2. Tobacco and alcohol consumption by the inpatient and outpatient respondents in public/private hospitals in Normandy (n = 6381). *Note: a means calculated only for daily smokers*

Among the respondents, 22.4 % were daily smokers. They had been smoking for an average of 24.9 years (\pm 14.7); they smoked an average of 14.2 cigarettes a day (\pm 9.5) and 55.0 % of them expressed the desire to quit (Table 2).

	N	%	OR ^a	CI95 % ^a
Hospital department				
Medicine [Reference]	399	(16.0)	1	-
Surgery	175	(17.3)	0.99	[0.78-1.25]
Obstetrics-Gynaecology	49	(16.6)	0.60	[0.40-0.88]
Psychiatry	503	(48.2)	2.04	[1.65-2.52]
Follow-up and Rehabilitation	57	(9.3)	0.61	[0.42-0.88]
Emergency	131	(28.9)	1.25	[0.94-1.66]
Sex				
Female [Reference]	525	(17.3)	1	-
Male	758	(27.9)	1.75	[1.50-2.06]
Age (years)				
65 and over [Reference]	194	(6.5)	1	-
16 to 24	129	(36.2)	9.02	[6.30-13.44]
25 to 34	222	(36.9)	10.06	[7.30-13.86]
35 to 44	248	(43.1)	10.28	[7.57-13.96]
45 to 54	329	(44.0)	10.61	[8.05-13.99]
55 to 64	260	(28.2)	5.07	[3.94-6.51]
Department of residence				
Seine-Maritime [Reference]	359	(21.9)	1	-
Calvados	302	(26.4)	1.08	[0.86-1.36]
Eure	313	(25.5)	0.96	[0.77-1.20]
Manche	172	(16.9)	0.87	[0.68-1.11]
Orne	197	(21.4)	0.97	[0.75-1.24]
Employment status				
In employment [Reference]	375	(29.7)	1	-
Unemployed	214	(54.7)	2.01	[1.52-2.65]
Student	38	(26.0)	0.6	[0.35-1.04]
Retired and Other inactive	733	(17.0)	1.27	[1.02-1.58]
Level of education				
Above the baccalaureate [Reference]	193	(19.6)	1	-
No qualification or below the baccalaureate	916	(22.5)	1.85	[1.48-2.31]
Baccalaureate	218	(29.1)	1.62	[1.24-2.13]

Table 3. Factors independently associated with daily smoking among the inpatient and outpatient respondents in public/private hospitals in Normandy. *Note: aOR: odds ratio; CI95 %: 95 % confidence interval. Results from multivariate logistic regression.*

In multivariate analysis, with the exception of the respondents' department of residence, the other factors were all statistically significantly associated with daily smoking [Table 3].

This association was much stronger for Psychiatry (OR: 2.04; CI: 1.65-2.52), in men (OR: 1.75; CI: 1.50-2.06), in unemployed subjects (OR: 2.01; CI: 1.52-2.65) and in those with no qualifications or qualified below baccalaureate level (OR: 1.85; CI: 1.48-2.31) (Table 3).

In addition, the ORs increased with age up to the 45-54-year age group, for which the OR was highest, and then decreased for the older age groups.

3.2. Characteristics of the alcohol consumers

- **Daily consumption**

	N	%	OR ^a	CI95 % ^a
Hospital department				
Medicine [Reference]	279	(11.3)	1	-
Surgery	87	(8.9)	0.84	[0.63-1.11]
Obstetrics-Gynaecology	2	(0.7)	0.22	[0.05-0.93]
Psychiatry	86	(8.2)	0.72	[0.52-0.99]
Follow-up and Rehabilitation	63	(10.3)	0.97	[0.69-1.35]
Emergency	35	(7.8)	0.89	[0.58-1.35]
Sex				
Female [Reference]	122	(4.1)	1	-
Male	419	(15.5)	3.72	[2.96-4.67]
Age (years)				
65 and over [Reference]	302	(10.4)	1	-
16 to 24	3	(0.8)	0.14	[0.04-0.49]
25 to 34	28	(4.7)	0.57	[0.33-0.97]
35 to 44	45	(7.8)	0.75	[0.47-1.19]
45 to 54	93	(12.5)	1.24	[0.86-1.78]
55 to 64	98	(10.7)	1.12	[0.83-1.50]
Department of residence				
Seine-Maritime [Reference]	145	(9.0)	1	-
Calvados	114	(10.1)	1.08	[0.80-1.45]
Eure	97	(8.0)	0.92	[0.68-1.25]
Manche	107	(10.4)	1.24	[0.92-1.66]
Orne	88	(9.7)	1.14	[0.83-1.57]
Employment status				
In employment [Reference]	83	(6.6)	1	-
Unemployed	56	(14.5)	2.36	[1.54-3.64]
Student	1	(0.7)	0.49	[0.06-4.01]
Retired and Other inactive	426	(10.1)	1.37	[0.96-1.97]
Level of education				
Above the baccalaureate [Reference]	94	(9.6)	1	-
No qualification or below the baccalaureate	384	(9.5)	0.71	[0.54-0.94]
Baccalaureate	72	(9.7)	1.06	[0.74-1.53]

Table 4. Factors independently associated with daily alcohol consumption over the past 12 months.

Note: aOR: odds ratio; CI95 %: 95 % confidence interval. Results from multivariate logistic regression.

Regarding alcohol consumption, 9.4 % of the respondents said they drank every day (Table 2). In multivariate analysis, sex, age, employment status and education level showed a statistically significant association with alcohol consumption (Table 4). The association was higher in unemployed subjects (OR: 2.36; CI: 1.54-3.64). A gradient was observed for the age variable, with the ORs associated with daily consumption increasing with age, up to 54 years of age.

- **Binge-drinking**

	N	%	OR ^a	CI95 % ^a
Hospital department				
Medicine [Reference]	252	(16.3)	1	-
Surgery	100	(14.6)	0.88	[0.65-1.18]
Obstetrics-Gynaecology	7	(5.8)	0.38	[0.17-0.88]
Psychiatry	153	(29.3)	1.27	[0.93-1.74]
Follow-up and Rehabilitation	41	(12.0)	0.78	[0.50-1.21]
Emergency	73	(22.1)	0.85	[0.59-1.23]
Sex				
Female [Reference]	149	(76.0)	1	-
Male	471	(24.0)	3.36	[2.66-4.26]
Age (years)				
65 and over [Reference]	153	(8.9)	1	-
16 to 24	61	(31.8)	5.10	[2.97-8.75]
25 to 34	81	(23.9)	3.10	[1.96-4.89]
35 to 44	103	(26.4)	2.83	[1.84-4.35]
45 to 54	161	(32.7)	4.37	[3.60-38.00]
55 to 64	114	(19.6)	2.19	[1.57-3.06]
Department of residence				
Seine-Maritime [Reference]	187	(18.8)	1	-
Calvados	152	(21.9)	1.15	[0.85-1.55]
Eure	105	(15.1)	0.65	[0.47-0.90]
Manche	114	(17.2)	1.11	[0.81-1.52]
Orne	88	(16.2)	0.91	[0.65-1.28]
Employment status				
In employment [Reference]	210	(22.9)	1	-
Unemployed	114	(46.5)	2.13	[1.48-3.06]
Student	23	(28.0)	1.08	[0.53-2.22]
Retired and Other inactive	315	(12.9)	0.75	[0.55-1.02]
Level of education				
Above the baccalaureate [Reference]	118	(16.4)	1	-
No qualification or below the baccalaureate	427	(18.3)	1.34	[1.01-1.78]
Baccalaureate	109	(21.2)	1.22	[0.86-1.74]

Table 5. Factors independently associated with monthly binge-drinking over the past 12 months. *Note: aOR: odds ratio; CI95 %: 95 % confidence interval. Results from multivariate logistic regression.*

Among the respondents, 34.8 % reported at least one binge-drinking episode over the past 12 months, of which 18.1 % at least once a month and 11.1 % at least once a week (Table 2).

All factors other than level of education (hospital department, sex, age, regional department of residence and employment status) were statistically significantly associated with monthly binge-drinking (Table 5). In terms of age, the association was highest among the group of 16-24-year-olds (OR: 5.10; CI: 2.97-8.75).

- **AUDIT-C**

According to the AUDIT-C score, 73.3 % of participants were abstinent or reported low-risk alcohol use, 22.6 % exhibited alcohol misuse—defined as alcohol consumption posing a risk to health—and 4.1 % showed alcohol use with dependence.

4. DISCUSSION

Based on a self-administered questionnaire, this cross-sectional study conducted in public and private hospitals in Normandy confirms the extent of tobacco and alcohol use among inpatients and outpatients. The study highlighted a number of important elements for improving addiction care.

One quarter of the inpatients or outpatients in healthcare facilities in Normandy were occasional or daily tobacco smokers, with 55 % of them wishing to quit. Regarding alcohol consumption, the prevalence of daily use was higher among older people, while monthly binge-drinking was more prevalent among younger people. The main factors associated with daily smoking, daily alcohol consumption and monthly binge-drinking were sex, age and employment status: men, people between 45 and 54 years of age and people in a situation of unemployment presented the highest frequencies of use. Furthermore, Psychiatry was the department with the highest prevalence of reported tobacco and alcohol consumption.

The prevalence of daily smoking among the patients surveyed was lower but close (22.4 %) to that calculated based on data from the Santé publique France Health Barometer in Normandy (25.2 %) [8]. In the latter, daily smoking was concentrated among younger people between 18 and 30 years of age. The older patient population in this study, compared with regional data from the National Institute of Statistics and Economic Studies (IN-SEE), could explain the lower proportion of daily smokers than in the general population. However, we also found that people with a level of education equivalent to the baccalaureate were the most concerned [8]. The proportions of people wishing to quit smoking were of the same order of magnitude (55 % in the study versus 48 % in the general population) [8]: this percentage was quite high and indicative of a patient need; it highlights the necessity to implement systems to identify these patients so that they can be supported and/or guided in this care process [11-14].

Regarding alcohol consumption, the prevalence of daily alcohol use in the study (9.4 %) was higher than that measured based on data from the Santé publique France Health Barometer in Normandy, but still of the same order of magnitude (8.1 %) [10]. The population concerned was mainly older adults (61-75 years of age) and there was no association with level of education. For binge-drinking, the survey results (prevalence of binge-drinking over the past 12 months of 34.8 % and monthly binge-drinking of 18.1 %) were also close to those known in Normandy (35.4 % and 16.0 %, respectively [10]). The subjects most affected by binge-drinking in the general population were younger than in this study (18-30 years of age [10]). As with tobacco, the differences observed for alcohol could be explained partly by the fact that the population studied in hospitals was older than the general population, and partly by the fact that pathologies favoured by alcohol or tobacco appear with advancing age and are treated in a hospital setting, which contributes to an over-representation of older consumers in hospital [15 ;16].

Psychiatry was the department with the highest prevalences of daily smoking and monthly binge-drinking. This finding is probably related to the link between the onset of psychiatric problems and addiction. Indeed, as described in the guide 'Addictions et troubles psychiatriques', the two types of disorder interact insofar as they may share the same aetiology; one may be the consequence of the other; and one may negatively affect the outcome of the other [17]. Furthermore, the treatment of smoking in the psychiatric setting may be less effective given the other problems faced by these patients [18].

Despite the lower use prevalences observed in Gynaecology compared with the other departments, for one day of the survey it was observed that 49 of the 296 female responders smoked daily, 2 consumed alcohol daily and 7 binge-drank monthly. Assuming that some of these women were attending for pregnancy, these observations clearly show that a noteworthy proportion of pregnant women are far off the target of 'zero tobacco and zero alcohol during pregnancy' and indicate that these departments must be taken into account in the process of improving the detection and management of addiction behaviours. Furthermore, women of childbearing age could be among the risk profiles to target, particularly regarding the risk of cardiovascular disease in women who smoke and take the combined contraceptive pill [19].

Whether tobacco or alcohol (regardless of the indicator used), men had the highest prevalence compared with women. This finding is in line with other studies which suggest that male sex is a factor in vulnerability to addiction [20-21].

The study population consisted of subjects who were present, on a given day at the time of the survey, in the hospitals that met the inclusion criteria. Notwithstanding the high level of participation by the facilities (80

%), the representativeness of the hospital population as a whole may be questioned insofar as the facilities were asked to participate based on an inclusion criterion (the presence of an Emergency Department) and that not all eligible departments participated equitably in each facility. However, with the exception of the Follow-up and Rehabilitation Departments which were under-represented in our survey, a comparison of our data with the number of visits via the PMSI, over the same week, shows comparable distribution trends by department (re-sults not shown [7]). In the dashboards available, several factors could explain this under-representation, and particularly the clinical condition of the patients, which prevented them from completing the questionnaires. Furthermore, subjects unable to read and write French were excluded, meaning that this population is not re-presented. This could have potentially introduced a selection bias liable to influence the estimation of the pre-valence of addiction behaviours [22].

As is often the case with surveys of addictive-substance use, ours is declarative and uses a self-administered questionnaire. Self-reported responses are potentially subject to various biases, including that of social desirability. This bias is considered when sensitive issues are broached, which is the case for a questionnaire dealing with addiction behaviours in their globality, with the potential consequence of underestimating the prevalence of such consumption. However, the levels of consumption reported do not deviate from those found in other use studies and merely confirm the high levels of prevalence in the region.

5. CONCLUSION

Tobacco and alcohol consumption represent a major public health challenge because of the sometimes dramatic health and social consequences they entail. Acknowledgement of these consequences by healthcare professionals would seem essential if we are to evaluate and adequately respond to health needs in this area. Likewise, the presence of individuals with addictive behaviors in hospital settings represents a favorable opportunity to initiate care and support.

Using this survey to study patient profiles in terms of consumption is important in that it can help to improve their identification and care. The highest prevalences were observed among men, individuals aged 45–54 years, unemployed persons, and patients in psychiatric departments. Additionally, women of childbearing age emerge as a specific at-risk group, particularly due to: strict recommendations for tobacco and alcohol abstinence du-ring pregnancy, the increased risk of cardiovascular disease in women who smoke and use combined oral contraceptives.

Regarding interventions aimed at hospital inpatients and outpatients, it would be important to set up initiatives within hospitals, improve existing initiatives and reinforce the training of healthcare staff in treating addiction. In the local context, these findings will help build a substantiated case for the need to raise awareness among hospital professionals about addiction issues and to recruit qualified healthcare providers specializing in this field.

Authors' contribution: Conceptualisation, MM, YA, BA, VDSM, CN.; écriture de l'article, LK, MM.; relecture et correction de l'article, MM, YA, BA, VDSM, CN.; supervision, MM. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Acknowledgements: We would like to thank the working group members – Thomas Auvergnon, Anne-Charolette Burel, Dr Jean-Yves Breurec, Dr Stéphanie Guerin and Dr Hélène Defaygoetz – for their knowledge and participation in designing the protocol, and the healthcare professionals who made this research possible by conducting the survey in their hospitals.

Declaration of interests: Conflicts of interest: None declared

6. REFERENCES

1. MILDECA. Feuille de route régionale 2019-2022 : diagnostic préalable de l'état des addictions dans la région Normandie. 2019.
2. ORS-CREAI Normandie. Les addictions en Normandie – Contribution à l'état des lieux régional. Mai 2021. 76 p.
3. Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique. 2016.

Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/>

4. Jenny O, Gourlay A, Duburcq T, Duburcq A, Duburcq T, Duburcq A, et al. Sensibilisation à l'addictologie et collaboration avec les personnels hospitaliers. L'expérience d'une équipe de liaison. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2019;177(6):543-549. DOI: 10.1016/j.amp.2019.04.014.
5. Thiercelin N, Rabiah Lechevallier Z, Rusch E, Plat A. Les consommations d'alcool et de tabac restent élevées en population hospitalière. *Presse Med*. 2011;40(3):e129-e38. DOI: 10.1016/j.lpm.2010.10.021.
6. Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, Meyer L, Lery JF, Ruch C. Alcohol use disorders in French hospital patients. *Alcohol Alcohol*. 1997;32(6):769-75. DOI: 10.1093/oxfordjournals.alcalc.a008328
7. Martel M, Kouam L, Sirejacob Y. Pratiques addictives des personnes hospitalisées en Normandie en 2020. *Saint-Maurice : Santé publique France*; 2023. 38 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>.
8. Santé publique France. Le tabac en Normandie. *Bull Santé Publique*. Janvier 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-en-normandie.-janvier-2019>.
9. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(5-6):89-97. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html.
10. Santé publique France. L'alcool en Normandie. *Bull Santé Publique*. Janvier 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-normandie.-janvier-2020>.
11. Mercerat C, Saïas T, Dugravier R, Gorza M, Sempé S, Bonnard A, et al. Le dispositif Panjo en France : évaluation qualitative de l'implantation et des changements dans les pratiques professionnelles. *Rev Francophone Int Recherche Infirmière*. 2021;7(3):100245. DOI: 10.1016/j.refiri.2021.100245.
12. Rakover A, Allagbé I, Airagnes G, Limosin F, Le Faou AL. Consultations de tabacologie pendant le mois sans tabac : profil des fumeurs et sevrage. *Rev Mal Respir*. 2021;38(5):443-54. DOI: 10.1016/j.rmr.2021.02.072.
13. Cadix E, Le Denmat V, Chapalain D, Pougnet L, Fortin C, Lodde B, et al. Action « hôpital et campus sans tabac » : évaluation à mi-parcours des connaissances de l'action et des besoins exprimés par les étudiants et les professionnels. *Rev Mal Respir*. 2022;39(10):832-8. DOI: 10.1016/j.rmr.2022.10.003.
14. Streck JM, Rigotti NA, Livingstone-Banks J, Tindle HA, Clair C, Munafò MR, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;5(5):CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub4.
15. Adamowicz DH, Lee EE. Predicting and improving hospital outcomes for older adults. *Int Psychogeriatr*. 2021;33(3):205-7. DOI: 10.1017/S1041610220003580.
16. Green MA, Strong M, Conway L, Lynch SJ, McManus S, Greaves F, et al. Trends in alcohol-related admissions to hospital by age, sex and socioeconomic deprivation in England, 2002/03 to 2013/14. *BMC Public Health*. 2017;17(1):412. DOI: 10.1186/s12889-017-4265-0.
17. Fédération Addiction. Guide repères addictions et troubles psychiatriques. 2019. 106 p. Disponible sur : https://www.unps.fr/unps_images/documents/guide_repe--res_addictions-et-troubles-psychiatriques_2019-guide_190531.pdf.
18. Humair JP. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. *Rev Med Suisse*. 2009;5(210):1472-5. DOI: 10.53738/REVMED.2009.5.210.1472.
19. Olié V, Houot M, Soullier N, Richard JB, Gautier A, Nguyen-Thanh V, et al. Tabac et maladies cardiovasculaires : le point sur la connaissance des Français, Baromètre de Santé publique France 2019. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(1):11-7. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/1/2021_1_2.html.
20. Lambrette, G. (2014). La question du genre et des addictions. *VST - Vie sociale et traitements*, 122(2), 79-84. <https://doi.org/10.3917/vst.122.0079>
21. Idier L, Décamps G, Rasclé N, Koleck M. Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. *Ann Med Psychol*. 2011;169(8):517-22. DOI: 10.1016/j.amp.2010.07.014.
22. Khat M, Legleye S, Bricard D. Gender patterns in immigrants' health profiles in France: Tobacco, alcohol, obesity and self-reported health. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8963. DOI: 10.3390/ijerph17238759

RECHERCHE

Changer d'état pour survivre: processus borderline addictif

Frédérique Le Montagner^{1,2,*}, Didier Acier¹¹ Université de Nantes, Centre de Recherche en Éducation de Nantes (CREN), Nantes, France² Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Service d'Addictologie, VANNES Cedex* Correspondance : Frédérique Le Montagner, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Service d'Addictologie, 2 rue du Pratel, Site d'Auray, 20 boulevard du Général Maurice Guillaudot, BP 70 555, 56017 VANNES Cedex. Email : frederique.le-montagner@etu.univ-nantes.fr ; frede-riquet.le_montagner@ch-bretagne-atlantique.fr**Résumé :**

Cet article s'inscrit dans un travail général de thèse portant sur les spécificités du lien addictif chez les personnes borderlines. L'étude s'est déroulée dans un service d'Addictologie de court séjour. Ce travail va permettre d'aborder la dynamique des changements brusques précédant les prises de substances psychoactives. Considérer cette notion sous l'angle d'un processus offre une description plus détaillée. Nous avons utilisé le Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G), outil évaluant les dimensions de relations d'objet, qui comprend huit dimensions, notées à l'aide d'une échelle de Likert en sept niveaux. L'échelle 1 "complexité des représentations des personnes" permet l'évaluation de la compréhension de soi ce qui constitue un indicateur sur la capacité des patients à retranscrire leurs vécus psychiques. Les quinze participants de la recherche présentaient tous une addiction et un trouble borderline. Les entretiens phénoménologiques apportent une description psychodynamique des changements brusques en tant que processus et ainsi exemplifient les différentes phases : un état de contrôle, de dissociation « pleine » et d'état narcissisé, de consommation. Cette description instaure une dynamique et ainsi rend la pathologie borderline moins floue plus saisissable pour les patients et pour les professionnels. Cet écrit inclut des définitions jusqu'à présent restées inexistantes derrière des termes flous usités dans la littérature. Il s'avère particulièrement intéressant pour une population ayant subi une double peine : celle des personnes ayant d'une part un trouble borderline et d'autre part une addiction.

Mots-clés : état limite, addiction, changement, processus psychique, dissociation.**Abstract:**

This article is part of a general thesis project on the specific characteristics of addictive behaviour in people with borderline personality disorder. The study was conducted in a short-stay addiction treatment unit. This work will enable us to address the dynamics of abrupt changes preceding the use of psychoactive substances. Considering this concept from a process perspective provides a more detailed description. We used the Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G), a tool for assessing object relations dimensions, which comprises eight dimensions rated on a seven-level Likert scale. Scale 1 'Complexity of representations of people' assesses self-understanding, which is an indicator of patients' ability to transcribe their psychic experiences. All fifteen participants in the study had an addiction and a borderline personality disorder. Phenomenological interviews provide a psychodynamic description of sudden changes as a process and thus illustrate the different phases: a state of control, full splitting and narcissised state, and consumption. This description establishes a dynamic and thus makes borderline pathology less vague and more understandable for patients and professionals. This text includes definitions that have until now remained non-existent behind the vague terms used in the literature. It is particularly interesting for a population that has suffered a double penalty: those with both a borderline disorder and an addiction.

Key words: borderline state; addiction; shifting; psychic process; splitting.

1. INTRODUCTION

1.1. Éléments fondamentaux

Cette publication vise à explorer les spécificités du lien addictif, par une description phénoménologique d'une part et par des explications psychodynamiques d'autre part, chez des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline, en mettant en lumière les processus psychiques sous-jacents aux changements brusques d'état mental.

Les fluctuations d'humeur ont interpellé bien des auteurs [1, p.22] ; [2, p. 1] sans donner lieu toutefois à une compréhension et description détaillées de ces épisodes parfois expliqués par la dissociation [3, p522], [4, p.4] ; [5, p.165], le clivage [6, p.15][7, p.211] ou la dysrégulation [8, p.4].

Les travaux contemporains sur le trouble borderline insistent également sur la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité et la vulnérabilité au passage à l'acte, dimensions particulièrement importantes dans les tableaux associant trouble borderline et addiction. Dans cette perspective, la dysrégulation affective permet d'éclairer la montée rapide de l'intensité émotionnelle, la faible tolérance à certains états internes et le recours possible à des conduites impulsives ou addictives. Toutefois, notre hypothèse est que certaines séquences cliniques décrites par les patients engagent plus qu'un simple débordement affectif, en impliquant une rupture transitoire de la continuité psychique et de la capacité à relier affect, représentation et mise en mots.

L'origine du terme borderline est historiquement attribuée à Hamilton Hugues, en 1884 [9, p.34], [10, p.162]. En effet, nous trouvons cette expression en 1882, dans l'ouvrage « Alienist and Neurologist » : A Quarterly Journal of Scientific sous la plume de Thomas Devison Crothers, sous le titre « Inebriate Criminals, Alienist and Neurologist » où il écrit qu'il existe de nombreux cas à la frontière de la folie, qui parlent et agissent comme les hommes les plus fous, et qui sont inexplicablement vicieux et ivres avec des extrêmes qui se succèdent avec une rapidité surprenante [11, p.78].

S'il est vrai que ces termes sont ceux d'une époque révolue, il est toutefois frappant que Crothers aborde d'un côté cette problématique en relation avec une substance psychoactive et de l'autre une évolution rapide des états émotionnels vers les extrêmes. Cette dynamique des changements brusques précèdent les prises de substances psychoactives est régulière dans la clinique des sujets borderlines et nécessite d'être mieux comprise, notamment en l'abordant sous l'angle d'un processus marqué par des mouvements psychiques.

Leichsenring et al. précisent que près de 50 % des patients atteints de trouble borderline ne répondent pas suffisamment à la psychothérapie, ce qui justifie clairement la poursuite des recherches dans ce domaine. Ces auteurs insisteront également sur l'importance de la réduction de la stigmatisation de ce trouble [12]. D'autres auteurs [13], [14], [15], [16] et de nouveaux ouvrages comme le manuel de Psychodynamique (PDM-II) [17], [18], [19] permettent d'alimenter les domaines de recherche en proposant une description plus contemporaine.

1.2. Contexte théorique

Le terme de changement brusque apparaît plus récemment dans la littérature avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), où nous retrouvons une mention relative aux « changements soudains et spectaculaires » [20, pp.286-287] à la fois dans le critère 2 sur le modèle de relation interpersonnelle instable et intense, et le critère 3 qui concerne la perturbation de l'identité.

Dans son ouvrage "*Borderline conditions and pathological narcissism*", Kernberg écrit que « Une oscillation extrême et répétée entre des concepts de soi contradictoires peut également résulter du clivage. » [21, p.29]. Après avoir commencé à notifier la notion d'oscillation il refait un pas en arrière en revenant sur la notion de clivage. Kernberg rattache la notion de changement à la binarité et notamment au mécanisme « toute-puissance et dévalorisation. » [21, p.33].

Pour De Luca et Estellon, dans « L'acte comme limite » [22, p.157], la conflictualité psychique par son inhibition va amener un traitement bimodal des naissances pulsionnelles qui provoque une oscillation entre l'inhibition et le débordement sans jamais que se mette en place des scénarii régulateurs ou élaborateurs. Lorsque l'activité fantasmatique est inhibée « c'est le vide », lorsqu'elle est projetée elle est la toute-puissance de l'idéal du Moi.

Dumet va plus loin encore dans son propos en écrivant que : « Ces défenses sont destinées à protéger le sujet d'un excès d'expériences émotionnelles excessives, lesquelles sont à penser non seulement d'un point de vue économique (au regard de la force pulsionnelle) que d'un point de vue dynamique (autrement dit, le sens), car elles ont à voir, selon J. McDougall (1989), avec des angoisses archaïques – de natures diverses au demeurant, telles que des angoisses de dévoration, de perte, de vide, de vidage ou vidange, des angoisses d'implosion encore. [23, p.72] ».

Pour leur part, Balier et Prodolet se sont interrogés sur la notion de vide qui semble, à bien y regarder, viscéralement attachée à cette notion d'anéantissement. Dans « Du sacrifice à la toute-puissance. Les préalables de la relation à l'objet », ils se questionnent sur « les racines des processus les plus élémentaires de la vie psychique » [24, p.69]. Ils font alors référence au travail d'André Green à travers la question du « substitut imagé » se rapprochant du travail sur les hallucinations négatives.

1.3. Réflexivité du chercheur clinicien

Nous avons distingué deux niveaux complémentaires. D'une part, une visée phénoménologique descriptive, centrée sur l'expérience subjective des patients et sur la manière dont ils décrivent les changements brusques d'état précédant les consommations. D'autre part, un second temps interprétatif mobilisant un cadre psychodynamique pour proposer une intelligibilité clinique de ces descriptions. Cette articulation est explicitée afin d'éviter toute ambiguïté sur le statut des données et sur le moment où intervient l'interprétation théorique, ce qui permet de mieux circonscrire et renforcer la définition de la question de recherche. En tant que chercheurs cliniciens, nous avons privilégié une écoute centrée sur la description par les patients de leurs changements d'état et de leurs éprouvés, afin de limiter les inférences prématurées. Les relations thérapeutiques ont été différentes suivant les patients. Certaines rencontres se sont faites uniquement le temps des entretiens les suivis étant assurés par des collègues. D'autres s'inscrivaient dans des suivis parfois courts parfois plus longs. Malgré l'hétérogénéité des suivis, plusieurs entretiens ont fait apparaître des convergences descriptives. A la fin des entretiens de recherche nous avons pris un temps d'échange avec les personnes sachant que la recherche était anonymisée.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Participants

Cette recherche s'est déroulée dans un service d'Addictologie en hospitalisation complète de court séjour . Elle concerne 15 patients. Cette partie d'étude s'inscrit dans une recherche générale pour laquelle le Comité d'Ethique de Déontologie et d'intégrité Scientifique (CEDIS) de l'Université de Nantes (n°IRB : IORG0011023) a émis l'avis favorable n°2024-065. Pour les recherches qualitatives de type phénoménologique, il est admis qu'un nombre de 10 entretiens constituent un échantillonnage suffisant [25, p. 104]. Les participants de cette étude sont répartis entre 27 % de femmes et 73 % d'hommes, avec un âge moyen de 41 ans, ce qui est en accord avec les statistiques générales du service. La majorité présentait des poly-addictions, 13 d'entre eux consommaient de l'alcool, 10 du tabac, 6 de la cocaïne, 3 du Tétrahydrocannabinol et une personne de la kétamine. Le service d'addictologie accueille des personnes d'origines socio-culturelles très hétérogènes. L'inclusion des participants s'est faite après :

- Une évaluation clinique par l'équipe médicale ;
- L'administration du « *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* » (MSI-BPD) [26], un outil validé permettant d'identifier le trouble borderline.
- Score supérieur à 25 à la *Montreal Cognitive Assessment* (Moca)
- Nous n'avons pas intégré les patients pour qui nous pouvions supposer des pathologies psychiatriques supplémentaires (trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), bipolarité,...).

Il faut souligner qu'il n'y a eu aucun refus de participation, les individus étant intéressés par ce que cette recherche pourrait leur apporter pour mieux se comprendre eux-mêmes, ainsi que par les apports possibles pour d'autres personnes atteintes du trouble borderline.

2.2. Procédure

Nous avons utilisé le *Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method* (SCORS-G), une mesure fixée par un clinicien qui peut être utilisée pour coder diverses formes de matériel narratif [27] [28]. Cet outil a une base théorique solide, détaillée et la capacité d'évaluer les dimensions de relations d'objet qui permet d'apporter une rigueur d'analyse au niveau qualitatif et quantitatif [28, p.229].

Elle comprend huit dimensions, qui sont notées à l'aide d'une échelle de Likert en sept niveaux, où les scores les plus bas sont indicatifs d'aspects plus pathologiques des représentations d'objets et les scores les plus élevés témoignent d'un fonctionnement plus mature et adaptatif [28, paragr. *The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method*]. Sur le plan qualitatif, les cliniciens peuvent évaluer de manière générale comment les dimensions du SCORS-G se manifestent dans les récits et comment le contexte influence l'importance et le degré de pathologie dans chaque domaine [28, p.230].

Cette étude a comporté des entretiens de types phénoménologiques et projectifs représentant 14h18 d'enregistrement. Nous utiliserons au cours de cet article uniquement l'échelle 1 du SCORS-G. Néanmoins, certaines données de cette recherche n'apparaissent pas dans cet article, comme l'échelle du type "affective" qui a été combinée à l'échelle 8 qui elle, comporte la "composante cognitive". Ce type de combinaison est préconisé par le SCORS-G. Il en est de même pour le nombre de mots qui a constitué un autre indicateur, nous montrant lorsque le propos s'essouffait. Chacun des patients de cette étude a son score à l'échelle 1 "complexité des représentations des personnes" du SCORS-G inscrit entre parenthèses derrière leurs prénoms d'emprunt. L'échelle va de 1 à 7 [28] et induit une évaluation de la compréhension de soi ce qui constitue un indicateur sur la capacité des patients à retranscrire leurs vécus psychiques. Les entretiens ont été accompagnés d'observations cliniques.

Dans notre étude la médiane est de 2,51, les valeurs hautes correspondent souvent à des patients ayant bien investi un travail psychothérapeutique. Les moments des variations de l'échelle ont contribué à déterminer l'importance de certaines citations. Il a été possible de proposer, à posteriori, à six patients repassant par le service, de lire l'article. Cette lecture a permis de recueillir leur approbation quant à la retranscription et l'interprétation de leurs propos.

Les entretiens sont centrés autour de l'intention mise dans la prise des substances psychoactives ainsi que sur les questions identitaires sous-jacentes. Marc met en évidence " l'intérêt de l'approche intégrative et notamment de la phénoménologie." [29, pp. 3-7]. Afin de s'inscrire dans une vision contemporaine des Troubles de la Personnalité Limite (TPL) Bradley et Westen invitent à utiliser la psychodynamique en se fondant sur des données empiriques telles que la phénoménologie. [30, p. 927]. Daniel N. Stern précise l'intérêt du lien entre psychodynamique et phénoménologie en faisant « l'hypothèse d'une structure mentale fondamentale, un schéma d'intention, qui opère à ce niveau non verbal pour structurer l'expérience." [31, p. 114].

Chacun de ces récits s'est articulé autour d'un entretien semi-directif, élaboré à partir du travail de l'équipe suédoise qui a œuvré sur la "scale de fonctionnement réflexif" (MBI-RF) [32, p.361] ; [33]. Ces entretiens ont permis une cotation par minute du récit créant une moyenne pour chacun des participants. Chacun des participants a décrit ces processus de manière plus ou moins détaillés en fonction de leurs capacités de retranscription de leurs vécus psychiques notamment.

Nous avons adopté une approche qualitative basée sur des entretiens phénoménologiques, menés par un clinicien expérimenté. Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon une grille psychodynamique afin de mieux comprendre la dynamique des changements brusques. Nous allons nous appuyer sur les propos des patients lors des entretiens phénoménologiques pour apporter une description psychodynamique des changements brusques en tant que processus. Les résultats présentent d'abord les séquences décrites dans les entretiens. Leur mise en forme clinique et leur interprétation psychodynamique sont ensuite proposées, à travers une clinique exploratoire, dans la discussion.

3. RESULTATS

Les extraits retenus ont été regroupés par thématiques afin de rendre plus lisible la diversité des séquences décrites.

3.1. Les changements brusques : ce que disent les patients

Certains patients présentent en entretien une expressivité faciale réduite, avec peu de variations au cours de l'échange. Ils décrivent souvent l'aspect cyclique de manière métaphorique, en commençant par les couleurs : du noir et blanc (Alphonse ; 2,82) ; vert et jaune ou le bleu et le gris (Alphonse ; 2,82). Abel préfère s'appuyer sur l'image du petit ange et du petit démon (Abel ; 1,86), Etienne (2,57) et Ary (2,44) emploient le terme "yoyo".

Nombreux d'entre eux, feront référence à une endophasie notamment avant un basculement d'état psychique. Loys emploie le terme "switch" "mais il y a toujours eu ce truc dans mon cerveau. J'ai l'impression que ça switch en fait ça ... passe du tout au tout." (Loys ; 3,64) lorsque nous lui demandons de préciser ce qui se passe, Loys explique: "Je me sentais un peu (silence) menacé on va dire" (Loys ; 3,64) Ella a pu identifier avec son entourage que certains jours, elle travaille de plus en plus tard, elle s'éloigne des soins, elle est "plus speed, plus triste, anxieuse." (Ella ; 2,86), son débit de parole change. Sur d'autres semaines "j'ai une impression d'ennui que je ne vis pas bien, ça ne va déjà pas bien avant dans la semaine, j'ai une impression de pas être utile sur terre" (Ella ; 2,86).

Dans les interactions avec autrui, de nombreuses situations entraînent des fluctuations basées sur un désarroi extrême. Ella (2,86) et Edouard (2,29) précisent cette intensité :

"la moindre remarque va prendre des proportions énormes dès que c'est négatif...enfin quand c'est positif c'est pareil ... je suis hypersensible." (Ella ; 2,86); Edouard fait le même constat "si jamais il y avait un retour qui pouvait être négatif. C'était Hiroshima," (Edouard ; 2,29)

Alphonse décrit par des énumérations sans lien comme des photos ou pour reprendre un terme de Cornélie certainement plus juste, une Bande Dessinée (B.D.). « Mon jugement perso, humeur aléatoire, des hauts des bas, explosions réactifs, agressif verbales. Contrariété hypersensible, ..., peur d'être aimé et être détesté.» (Alphonse ; 2,82)

3.2. Mouvement psychique 1 : Comment les patients luttent contre les changements brusques ?

Plusieurs participants décrivent des routines visant à stabiliser leur quotidien. Dans différents cas, ces routines semblent également associées à une fonction de contention de l'anxiété [34] décrite comme massive.

Felix explique qu'"il y a des fois où je ne me rends pas compte qu'on est dans un train-train routinier, moi ça me convient" (Felix ; 3,37)

Abel (1,86), elle se met une pression importante pour tendre vers une forme de représentation de ce que peut être une normalité. La perte de contrôle va provoquer une angoisse liée à la perte d'existence. Abel indique que lorsque ses routines sont menacées de perturbation : « je vais être perdue. J'ai l'impression d'être plus personne, de ne plus avoir d'existence. » (Abel ; 1,86)

Un idéal devenant parfois tyrannique et engendrant à des moments un relâchement soudain.

"J'ai eu moins le courage de faire les choses. Moins de force peut être pour reprendre les choses et un peu dépasser des fois" (Felix ; 3,37)

Naturellement la notion du vécu abandonnique est abordée, parfois comme étant à l'origine de changement d'état ou parfois comme étant source d'apaisement. Le thème du regard sera réitéré, soit lorsqu'ils posent leur regard sur les autres, c'est ce que va nous décrire Cornélie (1,9) ou bien le regard de l'autre porté sur soi c'est ce qu'Edouard (2,29) exprime. "Oui. Je peux croiser quelqu'un dans la rue qui est malheureux, ça va me toucher. ... j'ai des images, un petit peu de ce que lui peut vivre, comme si je le voyais dans sa situation." (Cornélie ; 1,9)

"Je n'ai pas assumé ... les regards des autres vers moi, que ce soit amical, professionnel ou autre...amoureux, surtout." (Edouard ; 2,29)

Certains vont décrire clairement des gestes compulsifs comme Jules (2,43) qui avant de franchir une porte va toucher du bois avec des positions de mains ou encore Henri (2,23) dont les verres d'alcool vont toujours par trois.

3.3. Mouvement psychique 2 : la discontinuité psychique

Plusieurs ont réussi à décrire cet instant spécifique, certains l'ont même vécu lors des entretiens.

Commençons par Adélaïde « dans la pensée, c'est un peu pareil, je pense jaune. Et puis cinq minutes après je pense vert... ça peut se passer en 30 secondes comme ça peut se passer en deux minutes. Mais je fais un vide ...mais je me sens souvent vide.” (Adélaïde ; 2,58)

Lors des entretiens, ce mouvement de la parole, de l'expression du visage nous l'avons particulièrement abordé avec Loys. Il explique : “Parce que ... je n'arrivais pas à passer à autre chose et que je restais bloqué dessus.” ... « je peux être de bonne humeur. Et puis d'un coup, ce pic, ça va me modifier mes pensées et ça va me... [silence et reste figé] ». Lorsque je fais le constat de ce corps figé, Il indique : “j'ai du mal à me remettre dans le moment et à me remémorer certaines périodes “Je vais me mettre à réfléchir sur ce qui s'est passé, à la réflexion qu'on m'a fait. « Pourquoi on m'a fait cette réflexion ? » Je vais me poser beaucoup de questions...du coup ça me créer un petit blocage sur le moment” (Loys ; 3,64).

Loys a employé le terme de “switch”, il précise “un peu un switch d'émotion (Loys ; 3,64)

Ces temps où les questionnements existentiels tourbillonnent, accompagnés de dévalorisation. Cornélie raconte l'intensité des sensations : “Je tremble, des fois, c'est comme des sensations de vertige. Des sensations ou j'allais partir dans un combat et je savais que c'était perdu d'avance. Je ne sais pas trop comment vous expliquer, mais une peur ! et ça, ça me tombait dessus.” (Cornélie ; 1,9)

Ella revient également sur ces moments “j'ai une impression de pas être utile sur terre, est ce que je veux faire ce que je fais actuellement ou [dans la solidarité], que je fais de la merde, que je suis nul, que ça ne sert à rien, je me pose des questions identitaires, je ne sais pas qui je suis” ... (Ella ; 2,86)

Léon illustre parfaitement les interrogations qui émergent lors de ses cogitations : “je cogite, je rejoue des trucs dans ma tête et des situations qui sont arrivées, les choses que j'ai fait et que je n'ai pas fait (Léon ; 2,18). Louis a un mouvement de fuite lors de repas de famille “j'ai pas consommé et là ça tourne là-haut [il n'y a] même plus la place de faire une conversation [pour sortir de cet état]”Je pars... même des fois sans prévenir (Louis ; 2,12)

3.4. Mouvement psychique 3 : l'état narcissisé

Ella décrit bien cet état “en fait j'ai besoin d'intensité, ... sinon ça me paraît fade, c'est vide.” (Ella ; 2,86) ou Felix : “Ça me redonne envie de me sociabiliser, de sortir, de boire des verres, de profiter entre guillemets et après les déclencheurs de décompensation totale ou je m'en fous”. (Felix, 3,37) Il précise que c'est aussi dans ce moment-là que les consommations de substances psychoactives vont émerger. Alphonse va décrire, tout comme Felix “c'est le mode « Rien à foutre ». En fait, ça passe ou ça casse.” (Alphonse ; 2,82)

Néanmoins, il arrive parfois que cet état soit bien accepté, au moins initialement, comme c'est le cas pour Augustin qui nous le décrit avec une touche d'humour. “six mois d'abstinence, c'étaient les six mois les plus merveilleux de ma vie...J'étais au top quoi : sport, tout, les nanas(rire) ... grosse confiance en moi.” (Augustin ; 2,35)

Nous percevons ici tout l'ambiguïté que peut créer les témoignages des patients borderlines, qui d'un certain côté, peuvent ressembler aux phases hypomaniaques des troubles bipolaires.

Chez Abel (1,86), toujours en quête de perfection par le biais d'une dissonance cognitive, Abel semble basculer dans une forme de puissance sans limite :

“ tout le monde a le droit de le faire. Pourquoi moi, je pourrais pas le faire. Donc je me suis dit que j'étais comme les autres. Je veux être parfaite donc je veux être normal. Et du coup, la normalité, c'est de pouvoir faire un peu comme les autres. Donc de pouvoir boire un peu.” (Abel ; 1,86)

Edouard (2,29) va employer le terme : “cassage de jouet” qui représente toutes les fois où il réussit à se créer une situation professionnelle, qu'il a fini par réduire en pièces. C'est d'ailleurs cette notion de supporter les séparations archaïques qu'il viendra à plusieurs reprises formuler.

“Il faut casser les jouets. Parce qu'il faut revenir à un état qui est celui du gamin qui n'a pas réussi, qui va

avoir des problèmes de tues, etc., machin et qui attend certainement encore l’aval de ses parents.” (Edouard ; 2,29 2,41).

4. DISCUSSION

La notion de changement brusque gagne à être précisée dans le cadre du trouble borderline, où plusieurs auteurs décrivent une instabilité des représentations de soi et une continuité psychique fragilisée [17] ; [31, p.597], où les sujets borderlines sont décrits comme oscillant entre différentes représentations de soi sans percevoir d'incohérence dans ces fluctuations.

Nous proposons de définir le « changement brusque d'état psychique » ("abrupt change of mental state") comme une transformation rapide de l'état psychique affectant l'identité du sujet. Ce phénomène se déroule en quelques minutes ou heures, influençant la perception du temps et les affects dominants, et s'accompagnant d'une dissociation « pleine » qui structure ce processus.

Dans notre matériel, ce changement brusque peut être décrit en trois mouvements psychiques : un état de contrôle, une discontinuité psychique correspondant à une dissociation pleine, puis un état narcissisé.

4.1. Mouvement psychique 1 : l'état de contrôle

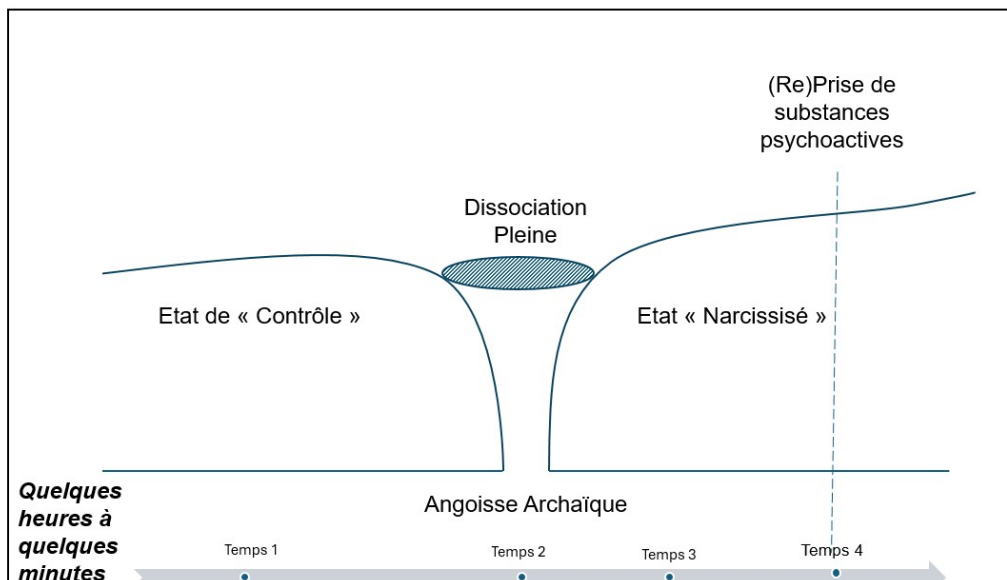


Figure 1. Les changements brusques décrits par des personnes borderlines addicts. Temps 1 : Etat de “contrôle” (en jours/semaines) ; Temps 2 : la dissociation pleine (en secondes/ minutes) ; Temps 3 : Etat “narcissisé” (en jours/semaines) et Temps 4 : la (re)consommation de substances psychoactives

L’état de contrôle apparaît comme une tentative de normalisation souvent culpabilisante pour les patients borderlines. Cette phase peut durer sur plusieurs heures, plusieurs jours. Cette quête de normalité renvoie à la capacité à mentaliser décrite par Debbané et Speranza [35], ainsi qu'au concept de mirroring. Lorsque ce processus de mirroring ne fonctionne pas de manière adaptative, l'individu tente de maîtriser ses émotions menaçantes.

Les patients expriment leur besoin de contrôle à travers des rituels, des routines et parfois des comportements compulsifs. La perte de ces repères engendre une angoisse existentielle marquée par une dévalorisation massive. En cela, nous pouvons rapprocher leur expérience du concept de l’« as if » d’Helen Deutsch [36], où l’individu adopte des comportements caricaturaux pour se conformer à une norme perçue.

4.2. Mouvement psychique 2 : de la discontinuité psychique à la dissociation pleine.

La discontinuité psychique se manifeste par une transition abrupte entre deux états mentaux opposés, souvent accompagnée de ce que nous proposons de nommer une dissociation « pleine ». Cette expression est employée ici comme une proposition clinique destinée à désigner, dans notre matériel, une configuration particulière de dissociation. Elle renvoie à une manière de nommer des épisodes où plusieurs dimensions de désorganisation psychique se trouvent réunies au sein d'une même séquence.

Cette notion s'appuie sur les travaux de Bion [37] relatifs aux silences vides, ainsi que sur ceux de Metidji [38], qui décrit un silence si profond qu'il réfère à une expérience d'abandon ou d'effondrement imminent. Dans ce travail, la dissociation devient « pleine » lorsque trois dimensions sont présentes de manière conjointe au sein d'un même épisode :

- 1) une fragmentation de la continuité psychique, perceptible dans l'altération de la temporalité vécue, dans la perte d'enchaînement de l'expérience ou dans l'impossibilité de maintenir une cohérence narrative minimale ;
- 2) un défaut de liaison entre affect et représentation, de telle sorte que ce qui est éprouvé ne parvient plus à se relier suffisamment à ce qui peut être pensé, mémorisé ou symbolisé ; enfin,
- 3) une incapacité transitoire à restaurer cette continuité par le verbal, si bien que la parole ne joue plus sa fonction organisatrice habituelle et que l'agir tend à prendre la place principale de décharge. L'adjectif « pleine » renvoie ainsi à la conjonction de ces trois dimensions, et non à la seule intensité du vécu émotionnel. Cliniquement, cette dissociation se manifeste par un envahissement psychique, une forte dévalorisation et une difficulté majeure à retrouver par la parole un minimum de continuité interne. La brièveté possible de ces épisodes n'en réduit pas la portée clinique, car ils précèdent souvent un recours à l'agir ou à la consommation [39] ; [40] ; [32].

Tant que le sujet peut encore, même de façon partielle ou après coup, mettre en mots son état interne et rétablir un minimum de continuité narrative, il s'agit plutôt d'une forme partielle de dissociation ou d'une discontinuité psychique limitée. Dans ces situations, l'expérience peut demeurer confuse ou envahissante, mais elle reste au moins en partie récupérable par la pensée, la parole ou l'après-coup. La qualification de dissociation « pleine » est réservée, dans ce travail, aux épisodes où cette récupération devient transitoirement défailante : la continuité psychique est plus profondément atteinte, la mentalisation ne parvient plus à assurer sa fonction de régulation, et l'agir tend à s'imposer comme voie dominante de dégageant. Il s'agit donc d'une différence de configuration et d'étendue de la désorganisation psychique.

Cette formalisation permet également de distinguer la dissociation pleine d'une dysrégulation affective, sans pour autant les considérer comme radicalement séparées. Les travaux contemporains sur le trouble borderline insistent sur l'instabilité affective, l'intensité émotionnelle, la difficulté de modulation des affects et l'impulsivité, dimensions qui apparaissent souvent renforcées dans les tableaux associant trouble borderline et addiction [12]. Dans cette perspective, la dysrégulation affective permet d'éclairer la montée rapide de l'intensité émotionnelle, la faible tolérance à certains états internes et la vulnérabilité au passage à l'acte. Toutefois, les situations décrites ici paraissent engager, dans certains moments, autre chose qu'un simple débordement affectif. Il s'agit d'une altération de la continuité psychique elle-même, avec défaut de liaison entre affect et représentation, impossibilité transitoire de retrouver par le verbal un minimum de cohérence interne, et échec momentané de la mentalisation/symbolisation comme voie de dégageant. En ce sens, la dysrégulation affective peut constituer le soubassement clinique de certains épisodes, sans en épuiser la compréhension. La dissociation pleine désigne alors les moments où la désorganisation ne porte plus seulement sur l'intensité des affects, mais sur la possibilité même de les transformer psychiquement autrement que par l'agir, parfois sous la forme d'une consommation. Cette articulation est compatible avec les travaux récents montrant que les symptômes dissociatifs, dans le trouble borderline, sont associés à une psychopathologie plus sévère, à l'auto-agression et à une moindre stabilité de la réponse thérapeutique [41] ; [42].

4.3. Mouvement psychique 3 : l'état narcissisé

Face à l'angoisse provoquée par la dissociation pleine, l'individu borderline peut adopter un état narcissisé comme mécanisme de compensation. Kernberg [22] distingue l'état limite du trouble de la personnalité narcissique par l'absence d'intégration du concept de soi chez les sujets borderlines, contrairement aux personnalités narcissiques qui possèdent un soi grandiose mais pathologique.

Cette phase narcissisée peut se traduire par une surestimation de soi, un comportement défiant, voire un sentiment de toute-puissance, elle va s'étendre sur plusieurs heures ou jours. Elle est parfois accompagnée de comportements autodestructeurs ou impulsifs.

Elle se distingue des phases hypomaniaques présentes chez les bipolaires par le fait que le désir surmoïque devient omniprésent et entre en collision avec une perception de soi ou de l'objet qui se révèle défaillante et vulnérable, laissant parfois transparaître une certaine agressivité. Le Professeur Dervaux, lors de son intervention à la 8^{ème} rencontre de psychiatrie et addictologie, 13 juin 2024, tout en précisant que cela n'apparaît pas dans la littérature, explique que chez les borderlines les " variations de l'humeur, des montagnes russes émotionnelles ou des changements brutaux d'humeur sont généralement liés à un contexte relationnel" [43], alors que pour les troubles bipolaires il n'y a pas de déclencheurs. Par surcroît, Zimmerman et Morgan, stipulent que ce qui va venir particulièrement différencier les Troubles de la Personnalité Limite des bipolaires sont des niveaux élevés d'impulsivité, d'hostilité et des symptômes cognitifs et anxieux. Leurs scores sont particulièrement élevés aux sous-échelles de tempérament cyclothymique, dépressive, d'irritabilité et d'anxiété enfin les schémas de soi sont inadaptés [44].

Les stimuli, angoisse de mort et séparation viennent révéler plus particulièrement cette atteinte identitaire. Le désir du Moi et du Surmoi entrent en tension créant une attaque réciproque. Cette oscillation entre dévalorisation et exaltation s'apparente à un mouvement psychique où, angoisse et idéalisation se percutent sans jamais trouver un équilibre stable.

4.4. Limites de l'étude

Nous reconnaissons que l'étude ne s'est pas appuyée sur une procédure formalisée de validation des interprétations, notamment par la recherche systématique de cas divergents, ce qui constitue une limite méthodologique. De même, un biais de sélection lié à l'inclusion de participants capables de verbaliser est à reconnaître et discuter comme une condition nécessaire à la méthode retenue, mais limitant de fait la portée des résultats.

Les contraintes méthodologiques de l'étude résident dans des biais potentiels associés à l'absence de procédures formalisées de validation qualitative, et aux limites de généralisation inhérentes à ce type de recherche exploratoire.

Dans le cadre d'une étude quantitative exploratoire nous avons retenu l'idée qu'un groupe témoin n'était pas requis. En revanche, nous avons précisé que l'absence de comparaison avec des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline sans addiction ne permet pas d'affirmer que le processus décrit soit spécifique à la comorbidité borderline-addiction. Cette question est désormais formulée comme une hypothèse clinique ouverte, appelant des travaux ultérieurs comparatifs et non comme une fin d'approfondissement.

6. CONCLUSION

En décrivant ce processus, nous offrons une grille de lecture plus dynamique du trouble borderline, permettant une meilleure appréhension clinique. Cette étude met en lumière la fragilité identitaire des patients, qui perçoivent certains événements comme des menaces existentielles, provoquant des réactions disproportionnées. La distinction entre ces changements brusques et les fluctuations thymiques des troubles bipolaires pourrait ainsi constituer une piste de recherche clinique intéressante.

En résumé, nous proposons que le processus des changements brusques chez les sujets borderlines addicts repose sur trois étapes clés : un état de contrôle visant à se conformer à une normalité perçue, une phase de discontinuité psychique marquée par la dissociation pleine, et enfin une phase narcissisée servant de mécanisme de survie face à la menace d'effondrement.

Nous espérons qu'à travers cette recherche les patients borderline addicts permettront finalement de révéler un processus commun à d'autres patients borderlines non-addicts à travers d'autres types de passage à l'acte mais rendus encore moins repérables par l'absence du révélateur que représentent les substances psychoactives. Comprendre ces dynamiques pourrait permettre d'adapter les prises en charge et d'offrir un meilleur accompagnement aux patients concernés.

Contribution des auteurs: Conceptualisation, FLM et DA.; écriture de l'article, FLM et DA.; relecture et correction de l'article FLM et DA.; supervision, DA.; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements: Financement personnel

Remerciements: Nous tenons à remercier pour leurs supports techniques le Dr Lam Fardel, Médecin coordonnatrice du CAP, l'équipe du CAP (Médecins, Infirmières, Aides-soignantes, Assistante sociale, Psychologue), Les collègues de thèses, L'école Doctorale ECLIS le CREN, le CHBA et l'EPSM, Servane Barreau, Céline Bonnaire, Valérie Moulin, L.M. Villerbu.

Liens et/ou conflits d'intérêts: « Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt »

7. REFERENCES

1. Cayn D. Fonction des addictions avec et sans drogues dans le trouble de la personnalité borderline [Internet] [Thèse de Doctorat de Psychologie]. [France]: Université Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://theses.fr/2018USPCB143>.
2. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep.* janv 2013;15(1):335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2.
3. Scalabrini A, Cavicchioli M, Fossati A, Maffei C. The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation.* 8 août 2017;18(4):52243. doi:10.1080/15299732.2016.1240738.
4. Støle Maria Le Soi Fragmenté – Un examen médico-littéraire de la dissociation et de l'association de l'individu [Bacheloroppgave i fransk]. [Norvege]: Norwegian University of Science and Technology; 2021.
5. Azoulay C, Emmanuelli M. Psychanalyse temporalité psychique à l'adolescence : étude comparative entre sujets tout venant et sujets au fonctionnement limite, au Rorschach et au TAT: La psychiatrie de l'enfant. 12 juin 2014;Vol. 57(1):157-79. doi:10.3917/psyse.571.0157
6. Maes JC. Clivages et addictions: Psychotropes. 30 oct 2014;Vol. 20(1):1125. doi:10.3917/psyt.201.0011
7. Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense [Internet]. 3^{éd}. Dunod; 2020 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-mecanismes-de-defense--9782100799077.htm> doi:10.3917/dunod.serba.2020.01.
8. Houben M, Vansteelandt K, Claes L, Sienaert P, Berens A, Sleuwaegen E, et al. Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2016;7(1):5060. doi:10.1037/per0000126.
9. Estellon V. Les états limites, Que sais-je ?, Quatrième édition mise à jour 14eMille. n° 3878. Paris: Presses Universitaires de France; 2017. <https://doi.org/10.3917/puf.estel.2017.01>[10] Granger B, Karaklic D. Les borderlines. Paris: Odile Jacob; 2012.
10. Estellon V. X. Recherche en psychanalyse à l'épreuve des « états limites ». In: La psychanalyse à l'université [Internet]. Paris: Hermann; 2022. p. 161-80. (Psychanalyse en questions). Located at: Cairn.info. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-psychanalyse-a-l-universite--9791037019578-page-161?lang=fr>
11. Crothers T.D. Inebriate Criminals, Alienist and Neurologist. *A Quarterly Journal of Scientific, Clinical and Forensic Psychiatry and Neurology.* États-Unis: EV.E. Carreras, Steam Printer, Publisher and Binder.1882:66-84.
12. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156. PMID: 38214629; PMCID: PMC10786009.
13. Estellon V. Figures et formes des états limites: Le Carnet PSY. 13 mars 2023;N° Hors-série(HS2):17-24. doi:10.3917/lcp.hs2.0017

14. Estellon V. Les états limites: [Internet]. Presses Universitaires de France; 2023 [cité 16 mai 2025]. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/que-sais-je-2023--9782715417458.htm> doi:10.3917/puf.estel.2023.06
15. Dervaux A. États limites et addictions, Borderline personality disorders and substance use disorders comorbi-dity. [Internet]. Vol. X N°3. juin 2014;La Lettre du PsychiatreVol. X N°3. Disponible sur: <https://www.cairn.info>.
16. Louville P. Trouble de la personnalité Borderline et Addictions [Internet]. Site d'Étampes de l'EPS Barthélémy Durand.: Rencontre de Psychiatrie et Addictologie; 2024. Disponible sur: https://epsetampesfr-my.sharepoint.com/personal/addicto2024_eps-etampes_fr/
17. Lingardi V, McWilliams N, éditeurs. Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2. Second edition. New York: The Guilford Press; 2017. 1078 p.
18. Nassar Z, Terradas MM, Achim J, Guillemette R. Traumas, mécanismes de défense et personnalité limite émergente à l'enfance. *La psychiatrie de l'enfant*. 2025;Vol. 68(2):295-318. Located at: Cairn.info. doi:10.3917/psyse.682.0295
19. Bouvet C. Le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) améliore-t-il le Diagnostical and Statistical Manual IV-R (DSM-IV-R) pour la classification des pathologies des adultes ? L'exemple des troubles psychotiques et des personnalités schizoïdes et paranoïdes. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 oct 2010;75(4):65568. doi:10.1016/j.evopsy.2010.09.001
20. Crocq M.-A. DSM-5–Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
21. Kernberg O. Borderline conditions and pathological narcissism, Oxford: First Rowman & Littlefield Edition; 2004.
22. De Luca, M. et Estellon, V. L'acte comme limite. *Cliniques*.2015;10,154-188. <https://doi.org/10.3917/clin.010.0154>.
23. Brun A, Ciccone A, Roussillon R et Dumet N. Formes primaires de symbolisation. Paris : Dunod; 2014.
24. Balier C. et Prodolli et B. Du sacrifice à la toute-puissance : Les préalables de la relation à l'objet. *Revue française de psychanalyse*.2009;73,69-80. <https://doi.org/10.3917/rfp.731.0069>
25. Savoie-Zajc, Lorraine. « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? » In Recherche qualitative en sciences humaines et sociales: les questions de l'heure. Association pour la recherche qualitative, 2007.
26. Mirkovic B, Speranza M, Cailhol L, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Corcos M, et al. Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. *BMC Psychiatry*.2020;20(1):222. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02643-8>
27. Bouvet C, Prime C, Camart N, Fouques D, Zebdi R. Validité discriminante de l'échelle de cognition sociale et de relation d'objet (SCORS, version française) pour coter les récits TAT. Comparaison entre groupes clinique et non clinique. *Revue québécoise de psychologie*. 22 juill 2020;41(1):4560. doi:10.7202/1070662ar
28. Stein M. et Slavín-Mulford J. The Social Cognition and Object Relations Scale-Global rating method (SCORS-G): a comprehensive guide for clinicians and researchers. New York, NY: Routledge; 2018.
29. Marc E. Psychologie de l'identité: soi et le groupe.. Paris: Dunod; 2005.
30. Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder : A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(04). <https://doi.org/10.1017/S0954579405050443>
31. Ben Soussan P, Dugnat M, Golse B. Les paysages intersubjectifs du bébé: hommage à Daniel N. Stern. Toulouse: Erès; 2013.
32. Stern Barry L. An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology *Psychiatr Clin North Am*.2018;41,595–611. Récupéré du site de la revue: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.007>.
33. Ulvestad DA, Selsbakk Johansen M, Hartveit Kvarstein E, Pedersen G, Wilberg T. A borderline focused Reflective Functioning measure – Interrater reliability of the Mentalization Breakdown Interview. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2 mai 2023;77(4):360-6. doi:10.1080/08039488.2022.2123040
34. Ulvestad DA, Johansen MS, Kvarstein EH, Pedersen G, Wilberg T. Minding mentalizing - convergent validity of the Mentalization Breakdown Interview. *Front Psychiatry*. 21 juin 2024;15:1380532. doi:10.3389/fpsy.2024.1380532
35. Blay, M., Verne, M., Durpoix, A., Benmakhlouf, I., & Labaume, L. (2025). Clinical specificities of patients with substance use disorder and comorbid borderline personality disorder compared to patients with substance use disorder only: a retrospective study. *Journal of Addictive Diseases*, 43(3), 225–231. <https://doi.org/10.1080/10550887.2024.2363038>.
36. Speranza M. et Debbané M. Attachement, mentalisation et conséquences des contextes d'adversité. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*.Juil 2021;205(8),912-920. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.014>.

37. Charrier P. et Hirschelmann-Ambrosi A. Les états limites. Barcelone: Armand Colin; 2008.
38. Bion W. VIII. Une théorie de l'activité de pensée. Dans : *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001;125-135. <https://shs.cairn.info/reflexion-faite--9782130520610-page-125?lang=fr>.
39. Metidji S. Le nom du silence : du lien symbiotique à la relation symbolique. *Cliniques méditerranéennes*.2014;90(2),217-234.
40. Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec* [Internet]. févr 2022;Vol. 47(2):298. Located at: Cairn.info. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-sante-mentale-au-quebec-2022-2?lang=fr>
41. Debbané M, Nielsen P. Trouble limite et communication thérapeutique : une approche basée sur la mentalisation: *L'Information Psychiatrique*. 1 févr 2024;100(2):99-106. doi:10.1684/ipe.2024.2683
42. Macchia A, Mikusky D, Sachser C, Mueller-Stierlin AS, Nickel S, Sanhüter N, Abler B. Trait dissociation in borderline personality disorder: influence on immediate therapy outcomes, follow-up assessments, and self-harm patterns. *Eur J Psychotraumatol*. 2025 Dec;16(1):2461965. doi: 10.1080/20008066.2025.2461965. Epub 2025 Mar 5. PMID: 40042993; PMCID: PMC11884097.
43. Al-Shamali HF, Winkler O, Talarico F, Greenshaw AJ, Forner C, Zhang Y, Vermetten E, Burbach L. A systematic scoping review of dissociation in borderline personality disorder and implications for research and clinical practice: Exploring the fog. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Oct;56(10):1252-1264. doi: 10.1177/00048674221077029. Epub 2022 Feb 13. PMID: 35152771; PMCID: PMC9511244.
44. Dervaux A. Prise en charge des troubles de la personnalité Borderline et Addictions : mission impossible? [Rencontres]. Etablissement public de santé Barthélemy Durand. 13 juin 2024. (Addictions aux jeux vidéo et à internet.).
45. Zimmerman M, Morgan TA. Problematic Boundaries in the Diagnosis of Bipolar Disorder: The Interface with Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. déc 2013;15(12):422. doi:10.1007/s11920-013-0422-z

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 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 associé chargé 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 c/o , Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche
Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)660580605 - Courriel : 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 Alcoologie et Addictologie implies that all authors have read and agreed to its content. Any experimental research that is reported in the manuscript should 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 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 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 and not intended for collective use and brief quotations, justified by the scientific or informative nature of the article from 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, 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/>

ISBRA – ESBRA – SF2A

JOINT CONGRESS ON ALCOHOL AND ADDICTIONS

SCIENCE • HEALTH • INNOVATION • COLLABORATION



NOVEMBER 8–11, 2027



CITÉ DES SCIENCES
ET DE L'INDUSTRIE
PARIS, FRANCE

TOGETHER FOR
GLOBAL SCIENCE
AND BETTER SOLUTIONS
IN ALCOHOL
AND ADDICTIONS



International Society for
Biomedical Research on
Alcohol and Addictions

www.isbra.com



European Society for
Biomedical Research
on Alcoholism

www.esbra.com



Société Française
d'Alcologie et
d'Addictologie

www.sfalcoologie.fr

ADVANCING KNOWLEDGE,
IMPROVING HEALTH,
TRANSFORMING LIVES

Bringing together researchers, clinicians,
public health experts and policymakers
from around the world.



Welcome to Paris!



Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie

Société Française
d'Alcoologie



Le rôle de la SF2A

Reconnue d'utilité publique depuis 1998,
l'association contribue au développement multidisciplinaire de
l'alcoologie.

.....
Elle fédère toute la recherche sur l'alcool et tout ce qui
concerne l'addictologie en France.

.....
Autour de l'usage et du mésusage de l'alcool,
ses travaux s'intéressent à la prévention,
la thérapeutique, l'évaluation et,
au-delà de l'alcoologie clinique,
de l'étude de tout ce qui concerne l'addictologie.

La SF2A collabore étroitement avec le Ministère de la
Santé, Santé publique France et l'Assurance Maladie

Nos projets :



- La Revue *Alcoologie & Addictologie*
- Les Journées Nationales de la SF2A
- Les formations et webinaires de la SF2A certifiés
- Les partenariats nationaux et internationaux

Site internet : <https://sfalcoologie.fr>

Contact : sfa@sfalcoologie.fr / +33 6.60.58.06.05