



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prévention de la consommation d'alcool en situation péritraumatique :  
Enquête de pratiques auprès des médecins du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 27/09/2023 à 16h00  
au Pôle Formation  
par **Pauline KFOURY**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG**

**Madame le Docteur Véronique VOSGIEN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Camille BENCE**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## **Liste des ABREVIATIONS**

*TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique*

*TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool*

*DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

*ESA : Etat de Stress Aigu*

*CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique*

*ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine*

*IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline*

*GABA : Acide Gamma-AminoButyrique*

*CRH : Corticotropin-Releasing Hormone*

*ACTH : AdrenoCorticoTropic Hormone*

*CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*

*CJC : Consultations Jeunes Consommateurs*

*CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues*

*ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie*

*HAS : Haute Autorité de Santé*

*OMS : Organisation Mondiale de la Santé*

*CMP : Centre Médico-Psychologique*

*CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé*

*TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale*

*TEP : Thérapie d'Exposition Prolongée*

*EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

*AMM : Autorisation de Mise sur le Marché*

*DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire*

*DU : Diplôme Universitaire*

*FST : Formation Spécialisée Transversale*

*EBM : Evidence Based Medecine*

# **TABLE DES MATIERES**

## **Partie I- INTRODUCTION**

- A) Pathologie psychotraumatique
  - 1) Histoire et épidémiologie
  - 2) Définition physiopathologie
    - a) Phase immédiate
    - b) Phase post-immédiate
    - c) Trouble de stress post-traumatique
  - 3) Prise en charge thérapeutique
    - a) Phase immédiate
    - b) Phase post-immédiate
    - c) Trouble de stress post-traumatique
- B) Trouble de l'usage de l'alcool
  - 1) Définitions
  - 2) Épidémiologie
  - 3) Neurobiologie du TUA
  - 4) Dispositifs de soins addictologiques en France
  - 5) Prise en charge thérapeutique du TUA
- C) Pathologie duelle TSPT et TUA
  - 1) Epidémiologie
  - 2) Liens physiopathologiques
  - 3) Prise en charge thérapeutique conjointe
  - 4) Prévention de la co-occurrence TSPT-TUA

## **Partie II – METHODE**

- A) Conception du questionnaire
- B) Choix de la population cible
  - 1) Disciplines
  - 2) Critères d'inclusion et d'exclusion
- C) Diffusion du questionnaire
- D) Analyse statistique

## **PARTIE III – RESULTATS**

- A) Population médicale incluse et taux de participation
- B) Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée
- C) Prévention des consommations d'alcool en contexte péritraumatique
- D) Prise en charge par les médecins de patients en situation péritraumatique
- E) Pratiques et notions d'EBM des médecins face à un patient en période péritraumatique
- F) Ressentis et souhait d'informations

## **PARTIE IV – DISCUSSION**

- A) Etats des lieux et pratiques actuelles
- B) Ressentis et besoins du corps médical
- C) Perspectives d'amélioration des pratiques et proposition d'algorithme de prise en charge
- D) Limites de l'étude

## **PARTIE V – CONCLUSION**

# **Prévention de la consommation d'alcool en situation péritraumatique :**

## **Enquête de pratiques auprès des médecins du Nord-Pas-de-Calais**

### Partie 1 – Introduction

#### A) Pathologie psychotraumatique

##### 1) Histoire et épidémiologie

Si les premières descriptions de la pathologie psychotraumatique remontent à l'Antiquité, notamment dans le « Traité des songes » où Hippocrate dédie un chapitre à la description des cauchemars en lien avec un événement psychotraumatique, l'intérêt de la communauté médicale pour la pathologie psychotraumatique s'est précisé au courant du XIX<sup>ème</sup> siècle avec l'émergence du terme « névrose traumatique » dans les écrits d'Oppenheim. L'étude du psychotraumatisme s'est ensuite fortement développée avec les travaux de Freud au XX<sup>ème</sup> siècle, particulièrement avec la compréhension du caractère dissociatif de la pathologie traumatique. (1)

A partir des années 1980, l'Episode de Stress-Post Traumatique, observé chez les vétérans de la guerre du Vietnam, fait son apparition au sein du DSM-III.

En 2000, une étude épidémiologique de masse, The European Study of Epidemiology of Mental Disorder recense les données psychiatriques de six pays européens, notant alors, qu'en France, la prévalence au cours d'une année et celle sur la vie entière d'être sujet à un syndrome de stress post-traumatique est de 2,2% et 3,9% respectivement. Sur notre territoire, la probabilité d'être exposé à un événement psychotraumatique au cours de la vie est de 72,7%, nous plaçant en deuxième position derrière la Suède (80,8%). (2)

## 2) Définitions et physiopathologie

### a) Phase immédiate

L'événement traumatique est défini comme « *un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles. L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé à un membre de la famille/une personne proche ou dans un cadre professionnel avec exposition répétée (pompiers, personnels soignants, policiers) »*.(3)

La période se déroulant de l'événement traumatique à 72 heures après celui-ci, se nomme la phase immédiate.

Lors d'un événement traumatique, le sujet est confronté à un stress important physique et psychique qui sera qualifié de stress adapté ou stress dépassé, comme expliqué ci-après.

#### ➤ Etat de stress adapté (4)

Lors d'un état de stress adaptatif dit physiologique, le stress ressenti a pour but de pousser le sujet à s'extraire de la situation traumatique. Via le circuit du stress, l'organisme se modifie et ajuste ses capacités sensorielles, motrices et cognitives pour lutter contre la menace engendrée par l'événement traumatique.

Au niveau neurobiologique, lors d'une situation anormalement stressante, le cerveau réceptionne, via les cinq sens, les stimuli alarmants au niveau du thalamus. (*Figure 1*)

Ainsi le thalamus déclenche les deux voies impliquées dans l'analyse d'un stimulus de stress :

- la **voie thalamo-amygdalienne**, dite voie courte et non consciente

Par cette voie, l'amygdale va générer des réponses émotionnelles avant même l'analyse consciente du cerveau de la situation traumatique, donc sans représentation élaborée du danger.

- la **voie thalamo-cortico-amygdalienne**, dite voie longue et consciente.

La voie thalamo-cortico-amygdalienne passe par le thalamus pour atteindre l'hippocampe, qui gère la mémoire épisodique cérébrale, et permet alors de faire une comparaison des éléments perceptibles du danger avec ceux déjà intégrés dans la mémoire autobiographique du sujet, en lien avec d'autres situations de stress passées.

Elle transite également par le cortex associatif, qui est le centre de la mémoire de travail et du contenu de pensée immédiat, celui-ci permet la discrimination et l'interprétation des éléments sensoriels perçus par le système nerveux.

Cette voie longue et consciente donne l'opportunité au sujet d'adapter la réponse immédiate délivrée par la voie courte, puisqu'elle transite, pour terminer, par l'amygdale.

Les réactions déclenchées par ses deux voies activées lors d'un événement traumatique sont au nombre de quatre :

- la **réponse végétative immédiate**, représentée par la sécrétion d'adrénaline et noradrénaline au niveau des médullosurrénales, par activation du système neurovégétatif, via l'hypothalamus et la zone réticulée du tronc cérébral. Elle entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, etc. Le but est de préparer physiquement le corps à lutter contre le danger imminent, par une oxygénation plus importante. La sécrétion des catécholamines permet également d'augmenter la glycémie sanguine (activation de la glycogénolyse hépatique). L'augmentation conjointe du glucose sanguin et de l'oxygène va permettre la production d'énergie au sein du corps humain, utilisable par le système musculaire.
- la **réponse comportementale immédiate**, par activation de la substance périaqueducale, est illustrée par les comportements de sursaut ou un évitement moteur de la situation par exemple.

- la **réponse endocrinienne** avec l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, produisant la CRH puis l'ACTH puis au niveau surrénalien, la sécrétion de glucocorticoïdes, favorisant l'augmentation de la glycémie par la néoglucogénèse.
- la **réponse motivationnelle**, via le striatum et le noyau accumbens du circuit de la récompense, avec une libération de dopamine procurant du plaisir, produite à la suite de la survie après un événement potentiellement létal.

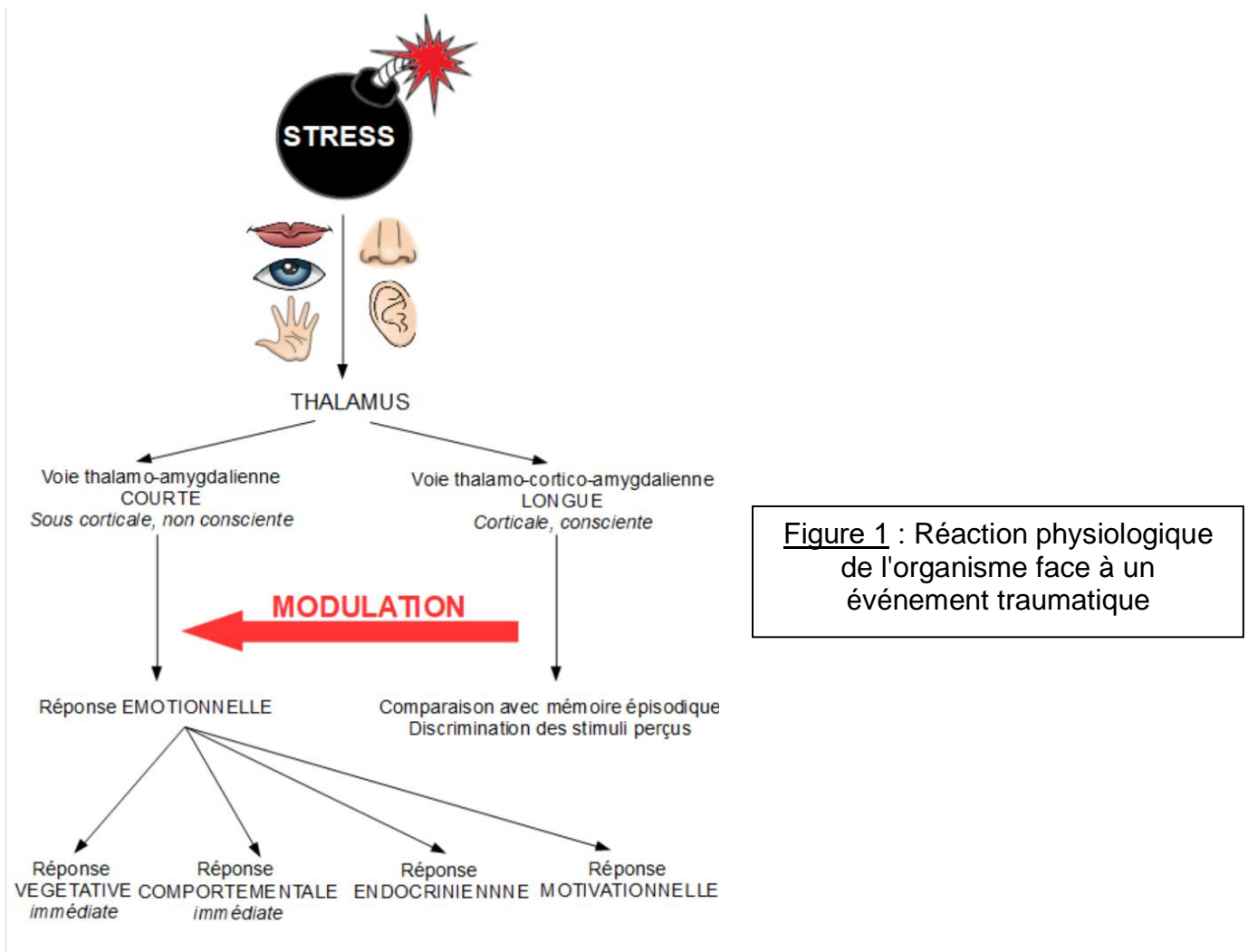


Figure 1 : Réaction physiologique de l'organisme face à un événement traumatique

➤ Etat de stress dépassé et dissociation péritraumatique (4)

Dans certains cas, lors d'un événement psychotraumatique, la modulation via la voie longue, n'est pas réalisable. La « banque de données » que représente l'hippocampe n'arrive pas à mettre en lien l'événement présent avec les données de la mémoire épisodique ou autobiographique de l'individu.



Par conséquent, l'amygdale ne peut bénéficier de la régulation par l'hippocampe et le cortex associatif, en découle une absence de régulation de la production de cortisol et d'adrénaline qui restent tous deux à des niveaux intenses, c'est l'état de stress dépassé.

Le pronostic vital du sujet est alors engagé avec un risque d'infarctus du myocarde et d'hypertension artérielle maligne induits par la production massive d'adrénaline, et un risque de neurotoxicité induit par la production de cortisol dont découle une hyperglycémie importante.

Pour survivre, l'amygdale relargue des endorphines et des antagonistes des récepteurs NMDA (issus de la substance péri-aqueducule et de l'hypophyse) lui permettant de s'éteindre, cette extinction autorisant par la suite l'arrêt de la production massive de catécholamines et du cortisol.

En parallèle, le cortex associatif continue à recevoir les stimuli perceptifs de la situation psychotraumatique sans la valence émotionnelle de celle-ci, la douleur étant également inhibée par la production d'endorphines. Cette perte de l'unité cérébrale amène le sujet à un état appelé état dissociatif.

Cliniquement, 4 types de réactions sont décrites en cas de stress dépassé :

- La **sidération**, avec un sentiment intense d'impuissance qui réduit le sujet à une immobilisation et une anesthésie tant psychique que physique.
- L'**agitation stérile**, qui intervient avec le désir du sujet d'agir. Il correspond à un ensemble de mouvements non dirigés, énergivores et stériles.
- La **fuite panique**, lors de laquelle le sujet se met à courir pour littéralement s'éloigner du danger. Il s'agit d'une réaction impulsive : l'individu n'a pas d'itinéraire et peut se retrouver en danger.
- La **réaction automatique**, correspond à une séquence de gestes automatiques stéréotypés, qui seront spontanés ou par mimétisme. Il s'agit d'une clinique

difficilement repérable, le sujet peut sembler adapté et cohérent d'un point de vue extérieur.

Au-delà du stress dépassé, on arrive à la dissociation péritraumatique : il y a une perte complète de l'unité psychique. Le sujet présente différents types de symptômes :

- Réduction de la conscience de **l'environnement**
- Altération de la perception du **temps** (temps ralenti)
- Engourdissement émotionnel, sentiment de **détachement**
- **Déréalisation** (distorsion de la réalité)
- **Décorporalisation** et **dépersonnalisation** (altération de la perception de son corps et son identité)
- Voire **amnésie** de certaines parties de l'événement

#### b) Phase post-immédiate

La phase post-immédiate est définie à partir du troisième jour après l'événement traumatique, jusqu'à un mois après celui-ci.

Lors d'une exposition à un événement traumatique, la modulation de la réaction émotionnelle engendrée par l'amygdale n'est pas forcément effective. En psychiatrie, on considère que l'individu a besoin d'un mois au plus, pour pouvoir encoder correctement l'événement traumatique selon ses capacités d'adaptation. Si pendant ce mois, on observe des symptômes dit « psychotraumatiques », alors le patient est en état de stress aigu, au-delà de ce délai, le sujet entre dans la phase chronique de la pathologie psychotraumatique.

On retrouve le détail des symptômes de l'état de stress aigu (ESA) dans le DSM-V. (*Annexe 1*)

En pratique, chez les patients souffrant d'ESA, on retrouve deux situations symptomatiques :

- **La mémoire traumatique**

Ce phénomène est lié au fait que le psychotraumatisme d'un point de vue émotionnel fait partie de la mémoire active du sujet, puisque l'extinction de l'amygdale n'a pas pu être faite. Même si le sujet n'est plus en situation de danger, n'importe quel stimulus (sensoriel, affectif, contextuel) en lien avec l'événement traumatique va déclencher des symptômes psychotraumatiques, tels que les reviviscences ou l'hypervigilance.

- **L'amnésie dissociative**

A l'inverse, devant une situation inédite, le sujet n'a pas réussi à encoder les informations durant l'événement traumatique puisqu'elles étaient incomparables à celles stockées dans son centre de la mémoire épisodique autobiographique, l'hippocampe. Par conséquent, cliniquement certains patients présentent une amnésie totale ou partielle de l'événement psychotraumatique.

c) Trouble de stress post-traumatique

Le diagnostic de TSPT peut être posé après le premier mois qui suit l'événement psychotraumatique.

Les critères diagnostiques du trouble ou syndrome de stress post-traumatique ont été fixés dans le DSM-V (*Annexe 2*), et sont résumés dans la figure 2. Ils comprennent : l'exposition à un événement traumatique, le syndrome de répétition intrusif (flashbacks, cauchemars traumatiques, etc.), l'évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, l'altération des cognitions et de l'humeur en lien avec l'événement traumatique, de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité (particulièrement l'hypervigilance). Ces perturbations durent plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative avec un impact socio-professionnel et ne doivent pas être imputables à une substance ou une autre affection.

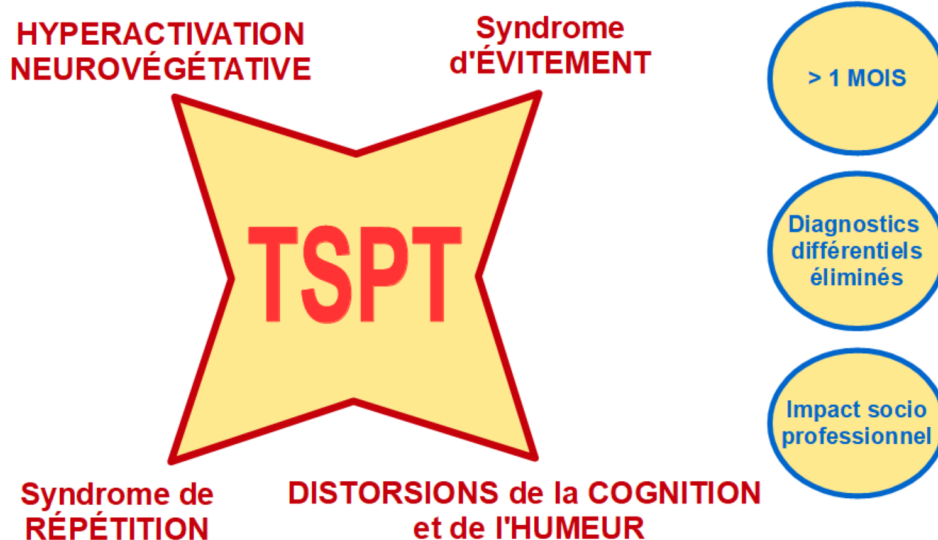


Figure 2 : TSPT : Critères diagnostiques selon le DSM-V

### 3) Prise en charge thérapeutique

#### a) Phase immédiate

La prise en charge non médicamenteuse à ce stade, repose avant tout sur le **defusing**. Il s'agit d'un soin psychologique, mis en place en intervention immédiate à la suite du traumatisme. Les données de la littérature suggèrent des délais d'action compris idéalement entre 3 heures et 12 heures après le traumatisme. (5)

Le defusing peut être réalisé par une CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), déclenchée lors d'événements psychotraumatiques de masse (attentat, catastrophe naturelle, etc.) ou aux urgences.

Il existe trois axes importants lors de cette intervention : (6)

- Favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant,
- Contenir et réguler les décharges émotionnelles
- Ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatique

Le defusing consiste à faire verbaliser le patient sur son ressenti par rapport à la situation vécue. Le professionnel validera alors les émotions énoncées par le patient sans demander

à ce dernier de raconter en détails l'événement traumatique de façon prématurée, ce qui risquerait de déclencher un état dissociatif.

Pendant le defusing, le professionnel de santé dépiste les patients en état de stress dépassé et essaye de les ancrer dans la réalité pour les aider à sortir de leur état de stupeur. Il oriente les sujets vulnérables vers une poursuite des soins, et programme la consultation de débriefing à distance pour la suite de la prise en charge psychologique.

Dans ce temps de defusing, le soignant axera également une partie de sa prise en charge sur la **psychoéducation** (7):

- Explications des réactions physiques et émotionnelles qui pourraient se déclarer (notamment l'ESA et le TSPT)
- Règles hygiéno-diététiques à respecter pour limiter la dissociation et aider l'organisme à encoder correctement l'événement traumatique : éviter notamment les consommations de benzodiazépines ou de toxiques particulièrement l'alcool.

La psychoéducation peut se réaliser en individuel ou en groupe (groupe homogène de patients ayant vécu la même situation), et peut faire appel à des supports physiques tels que les vidéos, les plaquettes d'information, etc.

De nombreuses recherches ont été menées concernant les **traitements médicamenteux** permettant d'agir en phase immédiate.

Face au niveau d'anxiété générée par un tel événement, les anxiolytiques ont été prisés jusque 2015 (8), date à laquelle Guina *et al.* publient des résultats sur la iatrogénie des benzodiazépines en phases immédiate et post-immédiate dans le développement d'un syndrome de stress post-traumatique sur le long terme. En effet, par leur action cérébrale directe, ces agonistes GABA-A interfèrent dans la consolidation mnésique de l'événement traumatique et favorisent l'état dissociatif.

Actuellement, les anti-histaminiques, telle que l'hydroxyzine, sont privilégiés, bien qu'aucun résultat probant de leur utilisation n'ait été répertorié dans la littérature scientifique.(9)

Les bêta-bloquants et l'hydrocortisone ont été récemment étudiés en situation péritraumatique, mais la faiblesse des échantillons ne permet pas, à ce jour, de résultats significatifs transposables à la population générale. (10,11)

b) Phase post-immédiate

Le **debriefing** est la seconde étape de la prise en charge non médicamenteuse de l'événement traumatique. Il est réalisé à partir de 72h après la situation traumatisante et ce, jusque deux semaines après idéalement. (12)

Il peut se dérouler au sein d'un groupe de patients homogène qui auraient été témoins de la même situation, ou individuellement.

Ces séances de soins psychologiques (appelées interventions psychologiques post-immédiates) sont majoritairement réalisées par les CUMP en France. Elles peuvent être mises en place par tout soignant formé au débriefing (médecin, psychologue, infirmier, etc.). Il s'agit d'un travail réalisé au minimum en binôme, avec un intervenant actif interagissant avec les victimes et un intervenant plus passif observant les réponses des sujets et pointant certaines réactions qui seraient passés inaperçues auprès du premier intervenant.

L'objectif du débriefing est de permettre au(x) sujet(s) de relater l'événement traumatique dans un cadre rassurant et sécurisé, afin de retrouver l'unité psychique et d'associer ou de ré-associer la mémoire émotionnelle avec la mémoire épisodique.

Il se déroule en 3 phases : l'individu confie initialement son vécu subjectif de l'événement, il détaille ensuite les perturbations apparues à la suite de l'événement, enfin le sujet discute de ses projets d'avenir et de l'influence potentielle du traumatisme sur ceux-ci.

Le débriefing comprend également une part de **psychoéducation** pour les victimes de traumatisme, avec le rappel des règles hygiéno-diététiques et des symptômes potentiels auxquels ils seront confrontés.

Concernant les **pistes médicamenteuses**, l'état actuel de la littérature scientifique ne fait état d'aucun résultat probant à ce jour, pour le traitement de la phase post immédiate.

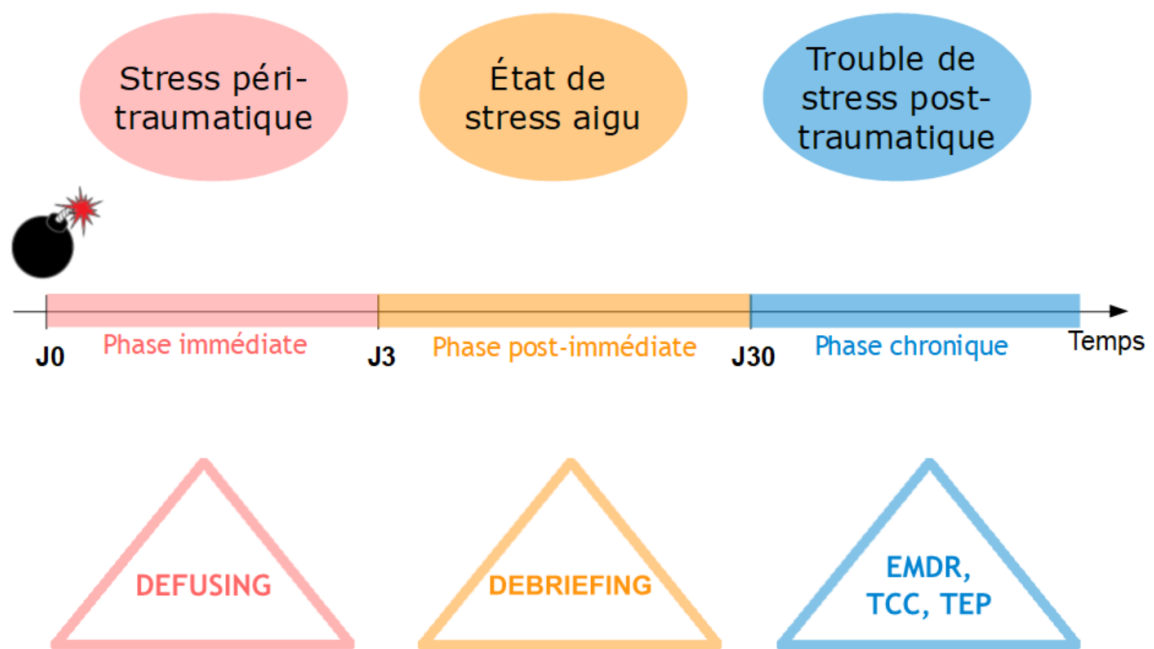
c) Trouble de stress post-traumatique

A l'heure actuelle, trois types de **psychothérapies** ont montré une efficacité pour la prise en charge du TSPT : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'exposition prolongée (TEP) et l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Dans l'annexe 3, figurent des éléments précisant leurs fonctionnements et leurs indications.

En pratique, les psychothérapies requièrent des fonctions cognitives intègres. Les patients en situation de décompensation (humeur, psychose, consommations, etc.) ne pourront être pris en charge dans le cadre du traitement de leur TSPT.(13)

D'un point de vue **médicamenteux**, la seule molécule utilisée et ayant une validation scientifique est la prazosine. Il s'agit d'un alphabloquant initialement prescrit comme anti-hypertenseur. Il est utilisé dans le TSPT pour lutter contre le syndrome de répétition, particulièrement nocturne. Il permet une diminution significative de la fréquence des cauchemars traumatiques. (14) Il est néanmoins très individu-dépendant et doit être mis en place sous surveillance tensionnelle.

Bien qu'ils n'améliorent pas les symptômes psychotraumatiques de façon directe, les traitements-anti-dépresseurs type ISRS ou IRSNa peuvent être utilisés pour traiter les comorbidités du TSPT telles que les épisodes dépressifs ou les troubles anxieux phobiques.



**Figure 3 :**  
Chronologie de la pathologie psychotraumatique et psychothérapies indiquées

B) Trouble de l'usage de l'alcool

1) Définitions

Depuis la publication du DSM-V, les consommations pathologiques d'alcool ont été redéfinies, et sont regroupées dans une seule entité : le trouble de l'usage de l'alcool (TUA).

Le diagnostic est posé lorsqu'on retrouve deux symptômes sur les onze proposés dans l'addiction à l'alcool (durée et/ou fréquence et/ou quantité d'alcool consommée plus importantes, présence de cravings et/ou efforts infructueux de diminution ou contrôle des consommations, répercussions socio-professionnelles, poursuite des consommations malgré le préjudice somatique et/ou psychiatrique, phénomène de tolérance, signes de sevrage à l'arrêt des consommations). Le détail de la définition du DSM-V figure en annexe 4.

Il existe des **répercussions** au TUA :



- **Directes et/ou à court et moyen terme**, telles que : la maladie addictive ainsi que la délinquance (accident de la voie publique avec des conduites en état d'ivresse, ivresses publiques, etc.)
- **Indirectes et/ou à long terme**, sur des consommations chroniques, telles que : les pathologies hépatiques (cirrhose, cancers), les troubles cardio-vasculaires, les troubles neurologiques, la suicidalité plus importante et les faits de délinquance également (violences intrafamiliales, sexuelles, etc.)

Le DSM-V définit différents **niveaux de sévérité** selon le nombre de symptômes (Figure 4) :

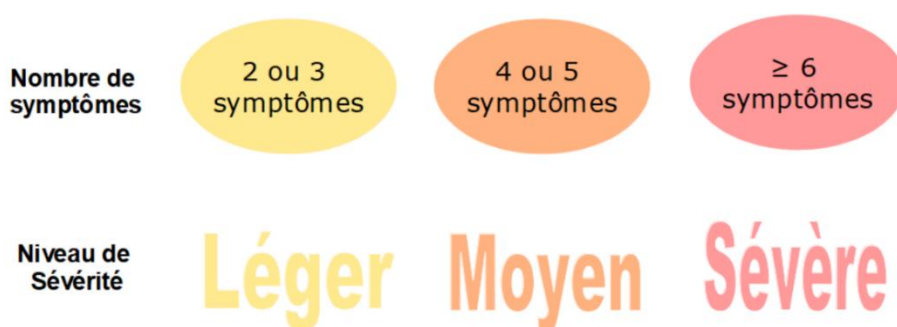


Figure 4 : TUA : Niveaux de sévérité selon le DSM-V

En pratique, il est primordial de repérer les patients consommateurs à risque. Pour cela, il est intéressant de distinguer les différents usages d'alcool :

- L'usage simple d'alcool désigne une consommation modérée et occasionnelle.(15)
- Le mésusage qui définit une consommation pathologique et peut être :
  - Un usage à risque (ou abus ponctuel), le binge drinking qui est défini par la consommation de 6 unités standard d'alcool en une occasion (15,16)
  - Un usage nocif (ou abus répété) qui correspond à une consommation induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychiatrique et/ou socio-professionnel. (15)

- La dépendance à l'alcool, selon l'OMS, il s'agit d'une consommation qui devient prioritaire par rapport à tous les autres comportements auparavant prédominants chez un sujet. (15)

## 2) Epidémiologie

Avec 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrant d'un TUA dans le monde et 5% de la charge de morbidité due à l'abus d'alcool à l'échelle mondiale, les TUA constituent un problème de santé publique majeur mondial. (17)

Le rapport de santé publique de 2017 fait état, dans les Hauts-de-France de 11,5 % de consommateurs quotidiens parmi les 18-75 ans (contre 10% au niveau national), 15 % de cette même tranche d'âge consommant 6 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois (contre 5% au niveau national). (18) (19) En globalité, les consommations d'alcool étaient plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

En 2017, le taux de mortalité cumulée en lien avec les répercussions de la consommation chronique ou aiguë d'alcool représentait, chez les femmes 22,5 pour 100 000 habitants, et chez les hommes 77,0 pour 100 000 habitants, dans notre région. Ces taux étaient significativement supérieurs aux autres régions françaises.

Par ailleurs, depuis la crise COVID-19, les chiffres du TUA ont varié selon les pays. Si les données restent relativement stables, on note en France qu'un quart des sujets ayant une consommation pathologique d'alcool déclarent avoir diminué leurs consommations suite à la pandémie, à l'inverse des pays anglo-saxons (Angleterre, Australie). (20,21)

## 3) Neurobiologie du TUA (Figure 5)

Lors des premières consommations d'alcool à usage récréatif, sans notion de dépendance, le système de récompense s'active via l'aire tegmentale ventrale et stimule les récepteurs dopaminergiques situés dans le noyau accumbens. Cela permet de ressentir les effets de

la consommation associés au plaisir. De surcroît, les contributions de l'amygdale (centre de la mémoire émotionnelle) et de l'hippocampe (centre de la mémoire épisodique contextuelle) aboutissent à un encodage de la consommation comme une expérience agréable. Au fur et à mesure de l'augmentation de la fréquence de consommation, ces deux structures amorcent l'apprentissage des habitudes de consommation éthylique.

Lors d'une expérience unique, le cerveau humain a la possibilité de freiner ses fonctions exécutives avec le contrôle inhibiteur du cortex préfrontal (en particulier, du cortex orbito-frontal). Il est possible, pour l'être humain non dépendant de stopper son désir de consommer même si le cerveau capte le signal d'envie de consommer.

A l'inverse, dans le cerveau d'un individu souffrant de TUA, nous allons retrouver les 4 théories du mécanisme de l'addiction (*Figure 5*) :

A la suite de consommations chroniques, la libération de dopamine engendrée par l'activation du système de récompense, notamment l'aire tegmentale ventrale se fait plus importante et afflue à la sensibilisation motivationnelle. Dans la littérature, elle est définie par le « wanting », l'envie de consommer pour ressentir à nouveau la sensation de plaisir du système dopaminergique, qu'on appelle également le **renforcement positif**. (étape 1 figure 5) (22)

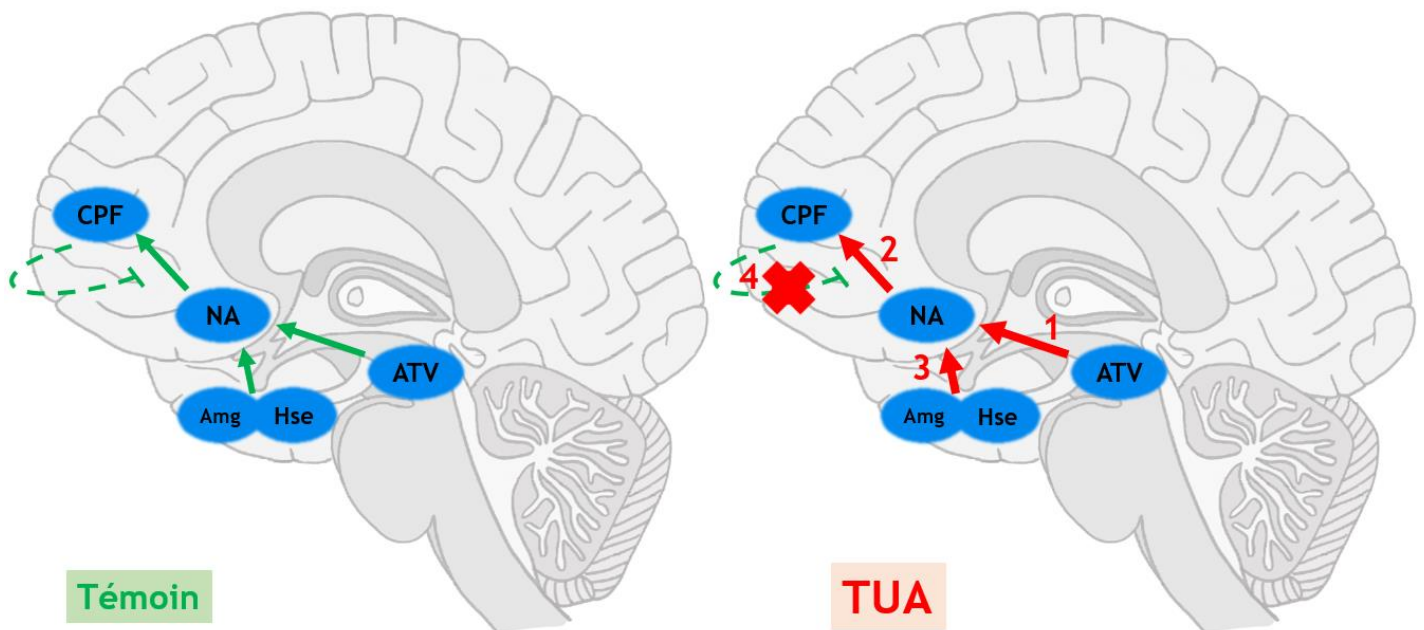
En parallèle, avec la chronicité de la consommation, l'efficacité des récepteurs dopaminergiques au sein du noyau accumbens diminue, on se retrouve dans la phase de déficit dopaminergique. On parle alors du **phénomène de tolérance ou allostasie hédonique**, avec le renforcement négatif. Il est nécessaire de consommer plus, pour ressentir les mêmes effets que précédemment. Et lorsque l'addiction est prolongée, la consommation devient un besoin pour éviter de ressentir le manque et non plus pour déclencher une sensation agréable de plaisir (étape 2 figure 5). (22)

De plus, la participation du binôme amygdale-hippocampe est de plus en plus présente avec l'augmentation des consommations. On dépasse l'apprentissage des habitudes qui devient

un automatisme de consommer, on appelle cela le **phénomène de conditionnement**. Le simple stimulus à une situation prometteuse de consommation déclenche le système de récompense et donc l'envie de consommer (étape 3 figure 5). (22)

Pour finir, le dernier rempart à la consommation, qui est le **contrôle inhibiteur du cortex préfrontal**, disparaît avec la régularité des consommations. L'individu n'est plus capable de contenir ses envies irrépessibles de consommer (étape 4 figure 5). (22)

Par ailleurs, dans la littérature scientifique, on peut également noter le rôle de l'insula via l'intéroception qui représente un pilier supplémentaire au trouble de l'usage de l'alcool. (20,21)



**Figure 5** : Mécanismes neurobiologiques de l'addiction (comparaison avec témoin)

1- Renforcement positif / 2- Renforcement négatif / 3- Apprentissage des habitudes / 4- Déficit du contrôle négatif  
**CPF** : cortex préfrontal / **NA** : noyau accumbens / **ATV** : aire tegmentale ventrale / **Amg** : Amygdale / **Hse** : Hypophyse

#### 4) Dispositifs de soins addictologiques en France

La prise en soins en France, concernant le TUA regroupe différents professionnels de santé et/ou structures de soins : en premier lieu, le médecin généraliste traitant du patient qui est

souvent la personne dépistant le trouble et le prenant en charge. Le médecin peut ensuite adresser le patient à différentes structures spécialisées en addictologie, accueillant également les patients en premier recours. (Annexe 5)

Dans la boucle de soins addictologiques, on retrouve des structures ambulatoires ainsi que des structures hospitalières. Le recours aux différentes structures se décide en fonction du souhait du patient, de l'indication médicale et du stade de motivation de la personne consommatrice.

Un descriptif de l'offre de soins et des structures en addictologie en France qui la composent sont détaillés dans l'annexe 5.(24)

## 5) Prise en charge thérapeutique du TUA

### a) Sevrage en alcool

Il est fait en hospitalisation ou en ambulatoire. Les indications d'hospitalisation sont multiples : personne isolée, environnement conflictuel ou à risque, difficulté d'observance, comorbidités psychiatriques et/ou somatiques, antécédent de crise convulsive sur sevrage ou delirium tremens, antécédents d'échecs de sevrage ambulatoire.

Le sevrage en alcool constitue un des rares sevrages pouvant engager le pronostic vital en l'absence d'accompagnement médical.

Les principales complications évitables avec une prise en charge thérapeutique bien conduite sont les crises convulsives, le delirium tremens, le syndrome de Gayet-Wernicke voire un syndrome de Korsakoff.

La prise en charge médicamenteuse doit obligatoirement comprendre :

- Une supplémentation par benzodiazépines, avec une décroissance progressive afin de prévenir les crises convulsives et le delirium tremens
- Une vitaminothérapie comprenant de la vitamine B1 (ou thiamine) pour la prévention de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

- Une bonne hydratation adaptée, idéalement per os, d'au moins 2 à 3L /j.

Les traitements symptomatiques en lien avec le sevrage sont préconisés (anti-émétique, anti-diarrhéique, anti-spasmodique, etc.).(25)

#### b) Aide au maintien d'abstinence ou la réduction de consommation

Il existe 3 molécules reconnues de façon mondiale dans l'aide au maintien d'abstinence : l'Acamprosate, le Naltrexone et le Disulfirame. En Europe, l'utilisation du Nalméfène est également validée pour la réduction de consommation. En France, le Baclofène a l'AMM pour les deux indications. (26)

##### ➤ Réduction de consommation

- **Nalméfène**

Il s'agit d'un antagoniste des opiacés. Il diminue l'envie de consommer de l'alcool. Il est indiqué pour diminuer les consommations chez les sujets ne nécessitant pas un sevrage immédiat. La prise est ponctuelle, une à deux heures avant un risque de consommation d'alcool. Délivré sur ordonnance médicale, la dose ne peut dépasser un comprimé par jour. Ce traitement repose sur l'observance du patient et le projet de soins avec son médecin référent. L'efficacité doit être évaluée à un mois de l'instauration. (27)

- **Baclofène**

Il diminue les cravings, son mécanisme d'action reste non totalement identifié à ce jour. Il est privilégié chez les patients avec un usage à risque et nocif, en seconde intention. Il doit être administré en traitement de fond avec une prise quotidienne, le but étant de le poursuivre jusqu'à contrôle de la consommation d'alcool (voire une abstinence totale).

A noter que chez les sujets abstinents, il permet également de prévenir les risques de rechute.

Selon les recommandations, après trois mois de traitement, si le médicament n'a pas montré d'efficacité, il doit être arrêté de façon progressive, devant les potentiels effets indésirables

fréquents (sommolence, atteintes articulaires et musculaires, aggravation d'une pathologie psychiatrique). Il est contre-indiqué chez des patients à risque suicidaire. (27)

➤ Aide au maintien d'abstinence

- **Naltrexone**

Il agit en tant qu'antagoniste des opioïdes. Via le blocage des récepteurs opioïdes, il diminue les cravings et les rechutes de consommation en réduisant le renforcement positif de la consommation éthylique. La posologie est de 50 mg par jour. Les effets indésirables sont rares (nausées à l'instauration, cytolysse hépatique). Il est utilisé en France, en première intention, dans l'aide au maintien d'abstinence à l'alcool.(28)

- **Acamprosate**

Cette molécule permet une diminution de l'envie de consommer. Son mécanisme d'action n'est pas encore connu, l'hypothèse principale étant son action via le système glutamatergique. Il doit être débuté à l'arrêt des consommations d'alcool. Il s'agit également d'un traitement de première intention dans cette indication. La tolérance du traitement est bonne avec peu d'effets indésirables recensés. (28)

- **Disulfirame**

Le Disulfirame aide au maintien d'abstinence par le blocage de la dégradation de l'alcool dans l'organisme amenant l'effet antabuse. Il s'agit d'un traitement de fond. Si l'individu consomme de l'alcool sous Disulfirame, il sera sujet à des céphalées, des vertiges, une hypersudation, des nausées voire des vomissements et un effet flush par une intense vasodilatation de la face et du cou. (29) Cette réaction se déclenche 5 à 10 min après la consommation d'alcool et peut durer plusieurs heures.

Il est utilisé en dernière intention en France, devant ses effets indésirables évidents chez un patient addict à l'alcool.

Il est contre-indiqué chez les sujets diabétiques, souffrant d'hypothyroïdie, épileptiques, insuffisants rénaux, hépatiques ou cardiaques.

L'utilisation de ces molécules pour l'aide au maintien d'abstinence doit être discutée au cas par cas devant les risques pour les fonctions rénales et hépatiques. (28)

### c) Prise en charge non médicamenteuse

Concernant le travail psychothérapeutique, il existe une limite assez présente en addictologie : lorsque l'individu est sous l'emprise de substance(s), ses capacités cognitives ne sont pas mobilisables dans leur globalité, limitant l'efficacité de la psychothérapie. (13)

Idéalement, le travail de psychothérapie se fait donc chez un patient abstinent ou avec des consommations contrôlées, permettant la mobilisation des fonctions cognitives dans des conditions optimales.

Les méthodes psychothérapeutiques les plus utilisées dans le cadre de l'addiction à l'alcool comprennent : l'entretien motivationnel (30) et les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie systémique familiale (31) et le repérage précoce et les interventions brèves. (32) Elles sont détaillées en annexe. (*Annexe 6*)

## C) Pathologie duelle TSPT et TUA

### 1) Epidémiologie

« *Boire pour oublier* », cette expression communément utilisée dans la population générale, est illustrée dans la culture populaire, dans la littérature ou le cinéma, à l'échelle mondiale. Elle fait référence à la consommation d'alcool après une souffrance psychique, comme par exemple lors d'un événement traumatique qui perturbe brutalement la vie d'un individu.

La littérature scientifique met en évidence une association fréquente entre TSPT et TUA. L'étude NESARC II de 2010 aux Etats-Unis, retrouve une prévalence de l'automédication par l'alcool de 14,4% chez les patients atteints de TSPT. (33) Les données du SAMHSA



(Substance Abuse and Mental Services Administration), fondées sur l'enquête annuelle NSDUH (National Survey on Drug Use and Health), retrouvent une déclaration de consommations excessives d'alcool chez 6,7% des étatsuniens en 2010. (34) La NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) identifie en 2019 des facteurs de risque du TUA, parmi lesquels on retrouve la dépression, le TSPT et le TDAH. (35) Récemment, Norman *et al.* se sont questionnés sur les comorbidités des troubles psychiatriques chez les vétérans de guerre américains atteints uniquement de TUA versus ceux atteints de TUA et TSPT. (36) Ils retrouvent que le groupe TUA et TSPT est plus à risque de présenter des symptômes de dépression majeure (36,8% contre 2,3%), un trouble anxieux généralisé (43,5% contre 2,9%), une idéation suicidaire (39,1% contre 7,0%), d'avoir fait une tentative de suicide (46,0% contre 4,1%), et de recevoir un traitement en santé mentale (44,8% contre 7,5%).

Leeies *et al.* ont quant à eux défini des facteurs socio-démographiques qui seraient plus présents chez les patients ayant tendance à s'automédiquer par l'alcool dans la pathologie psychotraumatique (33) :

- Les femmes atteintes de TSPT seraient deux fois moins à risque que les hommes de s'automédiquer avec de l'alcool ou des médicaments pour soulager les symptômes de TSPT.
- Les personnes qui n'ont jamais été mariées ont plus de 1,5 fois plus de risque de s'automédiquer avec l'alcool pour soigner leur TSPT, que les personnes mariées.
- Les patients atteints de TSPT âgés de 20 à 29 ans auraient un risque plus important d'utiliser l'automédication par l'alcool que la population de plus de 65 ans.
- Les personnes ayant fait des études supérieures auraient plus de risque d'utiliser cette mauvaise stratégie d'adaptation par rapport aux personnes s'étant arrêté avant le niveau d'études secondaires.

## 2) Liens physiopathologiques entre TSPT et TUA

Plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été avancées pour expliquer le lien entre les deux pathologies (37) :

- **L'automédication** : pour pallier les symptômes psychotraumatiques, particulièrement l'hyperactivation neurovégétative ou le syndrome de répétition diurne, le sujet consomme de l'alcool. (37,38)
- La **prise de risque exacerbée** : une personne consommatrice d'alcool de façon chronique aurait une probabilité plus importante de se retrouver dans des situations traumatogènes augmentant ainsi son risque de développer un TSPT sur le plus long terme. (37)
- La **vulnérabilité conjointe** : il s'agit d'une vulnérabilité génétique qui prédisposerait d'une part à la consommation chronique d'alcool et d'autre part à l'élaboration d'un TSPT. (37)
- La **sensibilité** : l'alcool pourrait avoir des propriétés augmentant le risque de former un trouble psychiatrique constitué tel que le TSPT. En effet, l'action cérébrale de l'alcool s'apparente à celle des benzodiazépines dont l'utilisation est à éviter en situation péritraumatique en raison du risque de majoration de l'élaboration d'un TSPT. (8,37)

En 2023, l'enquête NESARC III souligne que les traumatismes interpersonnels et les expériences multiples de traumatismes interpersonnels peuvent amener les individus à se tourner vers l'alcool (et les autres toxiques) comme moyen d'atténuer les symptômes insupportables du TSPT, appuyant l'hypothèse d'automédication, hypothèse la plus couramment acceptée dans la littérature scientifique. (38)

### 3) Prise en charge thérapeutique conjointe

Le traitement du TSPT repose en grande partie sur la psychothérapie (TEP, EMDR, TCC) qui ne peut être réalisée chez des patients sous l'emprise de toxiques, en raison de l'altération des capacités de concentration.(13)

De même, débiter une psychothérapie axée sur le trauma dans les suites d'un sevrage en alcool peut favoriser la rechute du patient en ravivant la mémoire traumatique et les symptômes de TSPT, encore récemment masqués par l'alcool pris en automédication. (39)

La possibilité de traiter TSPT et TUA successivement apparait donc peu pertinente et n'est pas réalisée en pratique. Malheureusement, les possibilités de traitements concomitants n'ont pas non plus montré, à ce jour, d'efficacité significative pour traiter simultanément les deux troubles. (40)

D'un point de vue médicamenteux, plusieurs revues critiques de la littérature et un essai contrôlé randomisé de 2023 déclarent des résultats contradictoires en qui concerne l'efficacité des molécules proposées à ce jour pour la prise en charge de cette pathologie duelle. Elles concluent toutes à l'intérêt de programmer une étude de grande ampleur et puissante pour pouvoir juger de l'efficacité des solutions thérapeutiques actuelles. (40–42)

Concernant l'axe psychothérapeutique, deux types de traitements intégrés sont en cours d'exploration :

- La méthode COPE (Concurrent treatment of PTSD and substance use disorder using prolonged exposure) est composée d'un traitement d'exposition pour le TSPT et d'un traitement sur les stratégies de coping pour le TUA. (43)
- Le *Seeking Safety* utilise les mêmes outils pour traiter le TSPT et le TUA. Il s'agit d'un travail cognitivo-comportemental via les stratégies d'adaptation à mettre en place au quotidien face aux symptômes, sans exposition du patient aux événements traumatiques.

Les études les plus récentes décrivent de meilleurs résultats sur les traitements intégrés composés d'une valence d'exposition versus la thérapie sans exposition. (44)

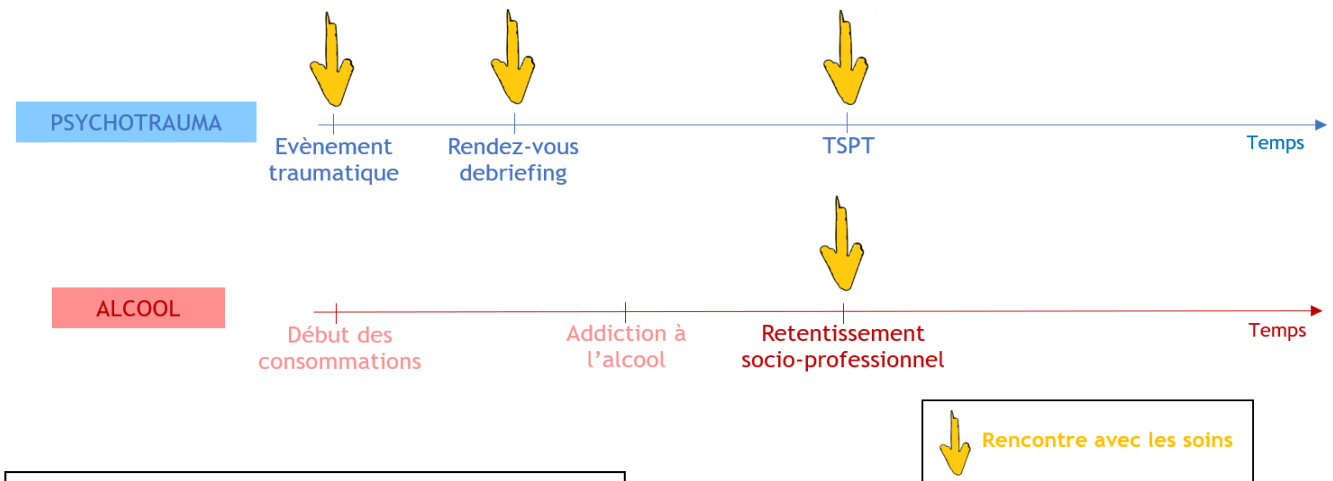
#### 4) Prévention de la co-occurrence TSPT-TUA

Alors que de nombreuses recherches se penchent sur la résolution de cette pathologie duelle, peu s'intéressent à la prévention de cette problématique duelle, avant même que ces deux troubles s'installent. Conformément aux recommandations des CUMP, il est conseillé de ne pas consommer d'alcool dans les premiers jours voire premières semaines suivant l'exposition à un événement traumatique. (7)

Il convient de remarquer qu'actuellement il n'existe aucune recommandation de bonnes pratiques de l'HAS sur la prise en charge d'une situation péritraumatique et donc aucune recommandation sur la prévention des consommations d'alcool en situation péritraumatique. Cette fiche de bonnes pratiques était prévue pour 2021, mais est encore en cours d'élaboration.(45)

En effet, la prévention de cette association TSPT et TUA (deux maladies représentant deux enjeux de santé publique) est primordiale et nécessite d'être vigilant aux points de rencontre du patient avec les soins. (Figure 6)

Actuellement dans le système de soins français, à la suite d'un événement traumatique (agression, catastrophe naturelle, accident de la voie publique, etc.), le patient est la plupart du temps reçu aux urgences le jour de l'événement. Il peut également être revu lors d'un rendez-vous de débriefing (10 jours plus tard). Une possibilité subsidiaire de rencontre est retrouvée lorsqu'un patient vient consulter un professionnel de santé devant un TSPT constitué.



**Figure 6** : Rencontres du patient TSPT/TUA avec les soins

Les faibles données sur la prévention de cette co-occurrence TSPT-TUA nous ont poussé à étudier cette phase de prévention.

Dans cette étude, notre objectif principal est d'interroger les médecins sur leurs pratiques face à un patient en situation péritraumatique (< 72h après l'événement traumatique), notamment concernant les consommations d'alcool.

L'objectif secondaire est d'interroger ces médecins sur leurs ressentis et leurs éventuels souhaits d'informations quant à la prise en charge des patients en situation péritraumatique ainsi que le lien entre pathologie psychotraumatique et TUA.

## Partie 2 – Méthode

### A) Conception du questionnaire

Nous avons développé un questionnaire anonyme comportant 15 questions fermées, conçu pour être rempli en 5 à 10 minutes environ.

L'objectif de notre questionnaire était d'interroger les médecins sur leurs pratiques face aux patients en situation péritraumatique, notamment quant à la consommation d'alcool chez ces derniers.

Un autre objectif de notre questionnaire était d'interroger ces médecins sur leurs ressentis et sur leurs éventuels souhaits d'informations quant à la prise en charge des patients en situation péritraumatique et le lien entre pathologie psychotraumatique et TUA.

Les six premières questions portaient sur les données socio-démographiques des médecins (sexe, statut, ancienneté, lieu(x) d'exercice) ainsi que sur leur formation concernant leur spécialité médicale et une éventuelle formation complémentaire en addictologie.

Les questions 7 à 9 étaient centrées avant tout sur la situation péritraumatique et le psychotraumatisme, la question 7 s'intéressant à la fréquence de prise en charge, la 8 étant une auto-évaluation des médecins quant à leur sensibilisation à la clinique du psychotraumatisme et la 9 leurs pratiques face au patient en situation péritraumatique.

Les questions 10 et 11 étaient spécifiquement centrées sur la consommation d'alcool en période péritraumatique, s'intéressant respectivement aux connaissances d'éventuelles recommandations à ce sujet ainsi qu'à la fréquence de recherche de ces consommations chez le patient en période péritraumatique.

Les questions 12 et 13 interrogeaient les médecins quant à la pathologie duelle TSPT-TUA, la première portant sur l'existence d'un facteur de risque entre les deux entités et la seconde sur le ressenti des médecins quant à la sensibilisation du corps médical à ce sujet.

Enfin, les questions 14 et 15 sondaient les médecins sur leur souhait de recevoir des informations sur, respectivement, la prise en charge du patient en situation péritraumatique et le lien entre pathologie psychotraumatique et TUA.

L'intégralité du questionnaire est présentée dans l'annexe 7.

La version informatisée du questionnaire a été conçue et codée sur la plateforme Goupile.

## B) Choix de la population cible

### 1) Disciplines

Nous avons sélectionné notre échantillon de médecins en fonction de leur discipline et de leur confrontation présumée aux patients en situation péritraumatique. Elles font partie des disciplines évoquées dans le colloque de l'HAS pour l'élaboration de la fiche de bonnes pratiques concernant la prise en charge des patients en situation péritraumatique.(45)

Ces choix ainsi que leurs motifs d'inclusion figurent dans le tableau 1, ci-dessous.

<b>Discipline sollicitée</b>	<b>Rôle en situation péritraumatique</b>
Médecine d'urgence	Premiers interlocuteurs médicaux lors d'une situation d'urgence impliquant un événement traumatique
Médecine légale	Etablissement des certificats médicaux initiaux (dans les premières heures suivant l'évènement traumatique) (46)
Psychiatrie	Sensibilisation approfondie aux questions psychotraumatiques dans leur formation et leur pratique (47,48)
Médecine générale	Premier recours médical dans la population française toutes causes confondues

Tableau 1 : Choix des disciplines médicales sollicitées et leurs motifs d'inclusion

### 2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins en exercice ou internes en médecine sous la responsabilité d'un médecin en exercice exerçant dans les services de médecine d'urgence, médecine légale, psychiatrie ou médecine générale</li> <li>- Médecins exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais</li> <li>- Faire partie d'une liste de diffusion e-mail professionnelle</li> <li>- Pouvoir répondre entre le 07/03/2023 et le 26/03/2023</li> </ul>
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins exerçant dans un service ne relevant pas des quatre disciplines</li> <li>- Ne pas répondre entre le 07/03/2023 et le 26/03/2023</li> </ul>

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

### C) Diffusion du questionnaire

Après élaboration du questionnaire sur Goupile, différents réseaux régionaux ont été sollicités pour accéder à des listes de diffusion par discipline et sont illustrées dans le tableau 3.

<b>Discipline</b>	<b>Réseau de diffusion sollicité pour liste de diffusion par mail</b>
Médecine d'urgence	22 services d'urgences du NPDC, contactés par téléphone
Médecine légale	Responsable du service de l'institut médico-légal du CHU de Lille
Psychiatrie	F2RSMPsy
Médecine générale	Département de médecine générale

Tableau 3 : Réseaux de diffusion sollicités selon la discipline

A noter que pour les médecins urgentistes, l'objectif était de recueillir les adresses e-mail des chefs de service afin de solliciter les équipes d'urgentistes de la région par établissement après accord pour la diffusion de la part des responsables de service par e-mail.

Le questionnaire a été mis en ligne sur la plateforme Goupile du 07/03/2023 au 26/03/2023.

Tous les médecins inclus dans l'étude ont reçu le lien vers l'enquête le 07/03/2023, suivi d'un rappel par e-mail le 16/03/2023.

De plus, à la fin du questionnaire, les médecins ont eu la possibilité de recevoir une réponse concernant les questions plus théoriques sur les bonnes pratiques en matière de consommations d'alcool en situation péritraumatique. Ce document est présenté en annexe 8.

### D) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1<sup>er</sup> temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.



- 2<sup>ème</sup> temps : réalisation d'analyses bivariées :
  - Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont  $< 5$ ).
  - Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont  $\geq 30$  ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student n'étaient pas réunies)
  - Les résultats sont significatifs lorsque «  $p$  » est  $< 0.05$ .

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1

## Partie 3 – Résultats

### A) Population médicale incluse et taux de participation

Au total, nous avons obtenu la participation de 98 médecins (thésés et internes) issus de différentes spécialités.

#### ➤ **Médecins urgentistes**

Parmi les 22 services d'urgences du Nord-Pas-de-Calais (15 dans le Nord et 7 dans le Pas-de-Calais), quatre centres hospitaliers ont répondu favorablement à notre demande : le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille, le Centre Hospitalier (CH) de Douai, le CH d'Armentières et le CH de Montreuil-sur-Mer.

10 médecins urgentistes ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Le taux de participation dans cette spécialité n'a pu être calculé, le nombre total de médecins urgentistes auxquels le questionnaire a été diffusé ne nous ayant pas été communiqué, malgré notre demande.

#### ➤ **Médecins légistes**

Le responsable du service de médecine légale du CHU de Lille a pu diffuser le questionnaire aux 24 médecins légistes du Nord-Pas-de-Calais. Le questionnaire a été rempli par 5 médecins légistes, soit un taux de participation de 21% dans cette spécialité.

#### ➤ **Médecins psychiatres**

La F2RSMPsy a permis la diffusion aux psychiatres exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais. Parmi les 728 psychiatres inclus, 83 ont répondu à l'enquête, représentant un taux de participation de 11%.

#### ➤ **Médecins généralistes**

Nous n'avons pas eu accès à une liste de médecins généralistes libéraux auxquels adresser le questionnaire, le département de médecine générale ayant décliné notre requête pour accéder à cette liste de diffusion.

Par conséquent, les médecins généralistes n'ont pas fait partie de notre population cible effective.

Aucun médecin généraliste en exercice ou interne de médecine générale n'est représenté dans les services sollicités via les autres spécialités ciblées.

## B) Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont représentées dans le tableau 4, ci-dessous. La discipline d'exercice y est également rappelée.

<b>Sexe, n (%)</b>	Homme	38 (38.8)
	Femme	60 (61.2)
<b>Statut, n (%)</b>	Interne	36 (36.7)
	Médecin en exercice	62 (63.3)
<b>Nombre d'années d'expérience, moy (sd)</b> <i>Min : 0 ; Max : 40 ; Médiane : 11</i>		13.7 (11.5)
<b>Nombre d'années d'expérience - Classes, n (%)</b>	[ 0 - 10 ans [	43 (43.9)
	[ 10 - 20 ans [	24 (24.5)
	[ 20 - 30 ans [	16 (16.3)
	≥ 30 ans	14 (14.3)
	Non attribué	1 (1.0)
<b>Exercice, n (%)</b> <i>Plusieurs réponses possibles</i>	En cabinet libéral	4 (4.1)
	En service d'urgences	45 (45.9)
	En service d'hospitalisation en psychiatrie	62 (63.3)
	En CMP	58 (59.2)
	Autre	25 (25.5)
<b>Formation en addictologie complémentaire, n (%)</b>	Oui, la capacité d'addictologie	8 (8.2)
	Oui, le DESC d'addictologie	1 (1.0)
	Oui, le DU d'addictologie	1 (1.0)
	Oui, la FST d'addictologie	4 (4.1)
	Non	84 (85.7)
<b>Spécialité, n (%)</b>	Psychiatrie	83 (84.7)
	Médecine légale	5 (5.1)
	Médecine générale	0 (0.0)
	Médecine d'urgences	10 (10.2)
	Autre	0 (0.0)

**Tableau 4** : Données socio-démographiques et spécialités de la population étudiée

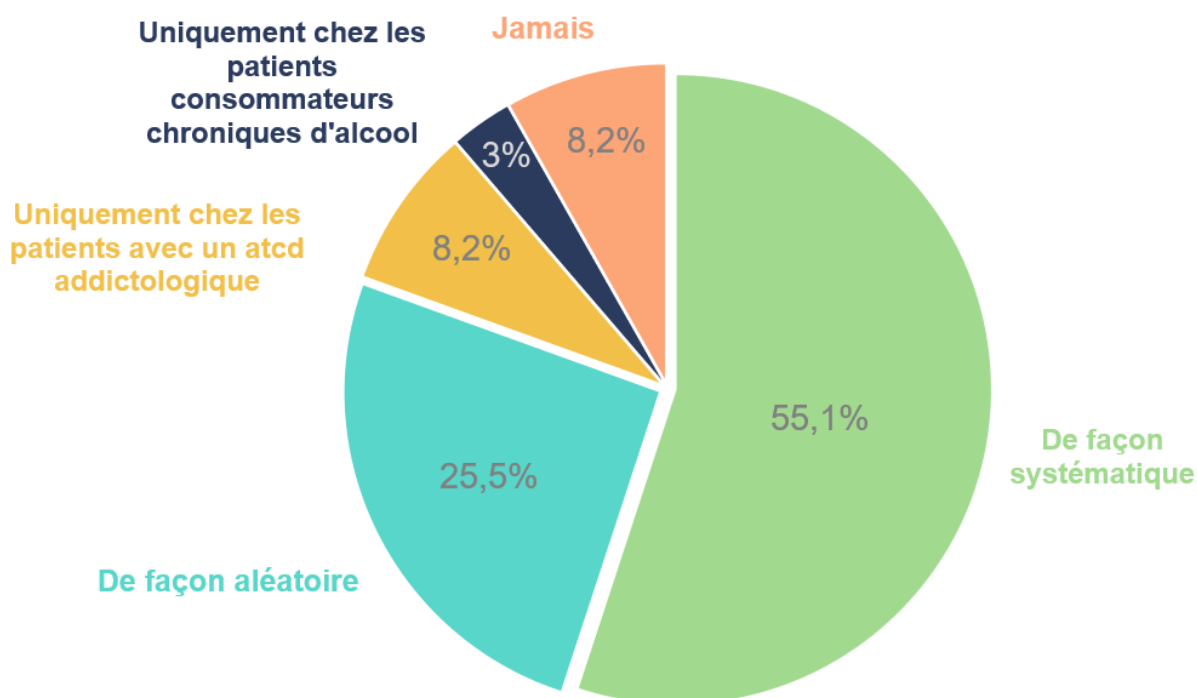
Parmi les lieux d'exercice qualifiés de « autre » par les participants, on retrouve : les services d'addictologie, le Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), la CUMP, la F2RSMPsy, la psychiatrie de liaison, les unités médico-judiciaires (UMJ) et l'institut de médecine légale (IML).

Parmi les psychiatres en exercice, 35% déclarent avoir une activité aux urgences, 59% des internes en psychiatrie déclarent travailler aux urgences.

### C) Prévention des consommations d'alcool en contexte péritraumatique

55,1% des médecins posent la question de la consommation d'alcool et/ou de sa modification chez un patient en période péritraumatique, de façon systématique. 25,5% praticiens le font de façon aléatoire. 8,2% interrogent uniquement les patients avec des antécédents addictologiques et 3,1% uniquement les patients avec des antécédents de consommations chroniques éthyliques. 8,2% des médecins ne posent jamais la question.

Ces résultats sont présentés dans la figure 7.



**Figure 7** : Interrogation de la consommation d'alcool et/ou de sa modification chez un patient en période péritraumatique

6% des psychiatres déclarent ne jamais poser la question de la consommation d'alcool ou de sa modification en situation péritraumatique, 20% des médecins légistes et 20% des urgentistes également.

Il n'existe pas de différence significative entre le groupe des médecins interrogeant leur patient de façon systématique et ceux ne les questionnant pas de façon systématique concernant leur statut (interne ou docteur en médecine), leur expérience, leur spécialité, leur fréquence de prise en charge des patients en situation péritraumatique ou leur formation addictologique complémentaire. Concernant la formation addictologique complémentaire, on note une tendance avec 71% des participants ayant une formation addictologique complémentaire qui posent la question des consommations d'alcool en situation péritraumatique de façon systématique, tous ces médecins sont des psychiatres.

#### D) Prise en charge par les médecins de patients en situation péritraumatique

Parmi notre panel de médecins, 16,3% déclarent voir des patients en période péritraumatique au moins une fois par semaine, 27,6% au moins une fois par mois, 34,7% au moins une fois par trimestre, 17,3% au moins une fois par an et 4,1% jamais ou moins d'une fois par an.

La prise en soins des patients en situation péritraumatique au moins une fois par mois concernent 34,6% des psychiatres et 80% des autres spécialités interrogées. Cette différence est statistiquement significative. Cette fréquence de prise en charge ne diffère pas de façon significative selon le lieu d'exercice du professionnel de santé. (*Tableau 5*)

	Professionnels travaillant aux urgences N = 45	Professionnels ne travaillant pas aux urgences N = 53	P
Fréquence de PEC des patients en situation péritraumatique, n (%)			1
1 fois / mois ou plus	20 (44.4)	23 (43.4)	
Moins d'1 fois / mois	25 (55.6)	30 (56.6)	

**Tableau 5** : Fréquence de prise en charge des patients en situation péritraumatique en fonction du lieu d'exercice

Parmi les médecins rencontrant des patients en situation péritraumatique au moins une fois par semaine, 12,5% d'entre eux interrogent jamais le patient en situation péritraumatique sur ses consommations d'alcool.

E) Pratiques et notions d'Evidence Based Medicine (EBM) des médecins face à un patient en période péritraumatique

Concernant la prise en charge des patients en période péritraumatique, 93,9% des participants laissent le patient exprimer librement son ressenti et valident secondairement au cours de la consultation ce ressenti avec le patient.

En période péritraumatique, 20,4% des praticiens proposent de raconter en détails et factuellement l'événement traumatique. De même, en cas d'angoisse trop importante en lien avec le traumatisme et en l'absence de solution non médicamenteuse efficace, 25,5% prescrivent de façon systématique des benzodiazépines à demi-vie courte.

52% des médecins conseillent de prendre contact avec les services de psychiatrie d'urgence pour une évaluation psychiatrique.

Lorsqu'il leur a été demandé de donner leur avis sur les recommandations de bonne pratique, 74,5% estiment qu'il est conseillé de s'abstenir de consommer de l'alcool en situation péritraumatique et 15,3% affirment que la consommation d'alcool est formellement

contre-indiquée dans cette situation. 4,1% indiquent qu'il n'y a pas de désapprobation à consommer de l'alcool. Par ailleurs, 30,6% des médecins déclarent qu'il n'existe pas de recommandations officielles de l'HAS sur ce sujet.

A la question du facteur de risque entre TSPT et TUA, 85,7% des participants répondent qu'il existe des résultats significatifs sur cette problématique, dans la littérature scientifique.

#### F) Ressentis et souhait d'informations

Concernant la clinique du psychotraumatisme, 66,3% des médecins estiment être suffisamment sensibilisés pour pouvoir l'évaluer de manière adéquate. 33,6% affirment ne pas l'être.

Parmi les médecins en exercice, 80% des psychiatres, 100% des médecins légistes et 44% des urgentistes estiment être suffisamment sensibilisés pour pouvoir évaluer le psychotraumatisme de manière adéquate.

Les réponses détaillées à cette question sont illustrées par le tableau 6.

Concernant la pathologie duelle, 62,2% des participants estiment que le corps médical n'est pas suffisamment sensibilisé à cette association, 29,6% ne se prononcent pas sur la question, et 8,2% des participants considèrent que les praticiens sont assez informés sur ce sujet.

Oui	16 (16.3)
Plutôt oui	50 (51.0)
Plutôt non	25 (25.5)
Non	7 (7.1)

**Tableau 6 : Sensibilisation suffisante des professionnels à la clinique du psychotraumatisme**

L'avis des médecins concernant la sensibilisation et leur souhait d'informations au sujet de la clinique du patient en situation péritraumatique et du lien entre la pathologie psychotraumatique et le TUA est résumé dans la figure 8.



**Figure 8** : Sensibilisation et souhait d'informations chez les médecins

Concernant le souhait d'informations sur la prise en charge des patients en situation péritraumatique, il n'existe pas de différence significative entre les médecins plus expérimentés (> 11 ans d'expérience) et les plus jeunes médecins (< 11 ans d'expérience).

Le résultat apparaît significatif, quant au souhait d'informations sur le lien entre la pathologie psychotraumatique et le TUA. Les plus jeunes médecins étant en demande d'informations à hauteur de 94% d'entre eux contre 74% chez les médecins plus expérimentés.



## Partie 4 – Discussion

### A) Etat des lieux et pratiques actuelles

Si les CUMP s'accordent pour diffuser, auprès des populations traumatisées, le conseil de ne pas consommer d'alcool dans les premiers jours voire premières semaines suivant l'exposition à un événement traumatique (7), notre étude montre que seuls 55,1% des médecins interrogent leurs patients de façon systématique sur leurs consommations d'alcool en période péritraumatique, un quart le demandent de manière aléatoire, 11% uniquement si le patient a un parcours addictologique et 8% jamais.

Une des premières raisons probables de cet écueil de prévention de la pathologie duelle TSPT-TUA reste que les autorités de santé délivrant les fiches de bonnes pratiques à l'attention du corps médical, n'ont pas encore publié de recommandations officielles pour la prise en charge des patients en situation péritraumatique. (45)

Par ailleurs, en France, si les effectifs médicaux aux urgences ne font que décroître, le nombre de consultations aux urgences ne fait qu'augmenter. (49) Cette augmentation de la charge de travail, ainsi que le temps régulièrement réduit passé avec chaque patient, dont ceux en période traumatique, pourraient également expliquer qu'à l'heure actuelle, le dépistage des consommations d'alcool en situation péritraumatique n'est pas efficient, avec 12,5% des médecins rencontrant des patients en période péritraumatique une fois par semaine, ne posant jamais la question de la consommation d'alcool dans notre étude.

La prise en charge thérapeutique du TSPT constitué et de ses comorbidités (comme les addictions, dont l'alcool) restant du ressort du psychiatre (47) il existe probablement peu de recul, d'un point de vue pratique, pour les médecins de première ligne, sur l'impact de l'alcool dans la pathologie psychotraumatique, pouvant également expliquer l'absence de recherche systématique de la consommation d'alcool en contexte péritraumatique.

En outre, même si les médecins ayant bénéficié d'une formation addictologique complémentaire ont davantage tendance à poser la question de façon systématique, 29% d'entre eux ne le font pas et ce, malgré une sensibilisation à la question psychotraumatique et la question addictologique, l'ensemble des professionnels formés en addictologie relèvent de la discipline psychiatrique. De surcroît, dans notre enquête, bien que 3 médecins sur 4 valident le fait qu'il est conseillé de ne pas consommer de l'alcool en situation péritraumatique, seule la moitié interroge le patient exposé à un événement traumatique sur ses consommations d'alcool. Cette constatation pourrait être mise en lien avec la convergence des écrits de la littérature scientifique actuelle sur la gêne du corps médical à aborder les questions des consommations d'alcool avec leurs patients, particulièrement pour les patients rencontrés pour la première fois comme par exemple aux urgences à la suite d'un événement traumatique. (50,51)

Compte tenu de la dangerosité de laisser un éventuel syndrome de sevrage en alcool passé inaperçu (52), il apparaît cependant primordial d'aborder à l'interrogatoire l'histoire médicale du patient dont les antécédents addictologiques (notamment les consommations d'alcool) lors de toute consultation aux urgences, toutes causes confondues, et une formation plus pratique des médecins pourrait être proposée en ce sens durant le cursus initial. (53)

Il est néanmoins important de noter que dans le contexte péritraumatique, la qualité de l'interrogatoire médical peut être altérée par l'état psychique du patient. En effet, si celui-ci est en état de stress dépassé ou de dissociation péritraumatique, le contact risque d'être entravé et le patient pourrait ne pas pouvoir répondre aux questions comprises dans l'interrogatoire médical dont celles concernant les consommations d'alcool.(54) Cette possible altération de l'état psychique du patient est peut-être incluse dans le taux de médecins ne posant pas la question de la consommation d'alcool de façon systématique chez le patient en contexte péritraumatique dans notre étude.

De plus, notre étude retrouve que les médecins urgentistes et légistes sont significativement plus confrontés aux patients en situation péritraumatique que les psychiatres : bien que les données actuelles s'accordent sur le fait que le patient en situation péritraumatique devrait bénéficier d'un avis psychiatrique. (55)

Cette constatation peut interroger sur le recours suffisant aux psychiatres par les médecins de première ligne, lors de la prise en charge des patients en période péritraumatique, 1 répondant sur 2, dans notre enquête, ne considérant pas qu'il soit conseillé de prendre contact avec les services de psychiatrie d'urgence pour une évaluation psychiatrique du patient en période péritraumatique.

Une autre explication à cette confrontation moins fréquente des psychiatres aux patients en période péritraumatique dans notre étude, pourrait être, qu'à l'instar des disciplines d'urgence, il existe actuellement une pénurie de psychiatres en France, avec des fermetures de structures médico-psychologiques ainsi que certaines consultations d'urgences psychiatriques (56), alors qu'on chiffre actuellement dans notre pays 10 à 30% des consultations aux urgences nécessitant un avis psychiatrique.(57)

Avec 35% des psychiatres en exercice déclarant avoir une activité aux urgences psychiatriques dans notre étude, les médecins de première ligne sont en effet, plus à risque d'être confrontés aux patients en période péritraumatique et sont également très probablement confrontés au manque d'effectif en psychiatrie pouvant impacter sur la non-exhaustivité des consultations spécialisées.

Par ailleurs, si 59% des internes de psychiatrie de notre étude rapportent avoir une activité sur les urgences psychiatriques. Il faut néanmoins noter que les services d'urgence font partie des sites de formation, et qu'actuellement devant les demandes accrues aux urgences psychiatriques, la surcharge de travail de ces médecins en formation impacte leur santé mentale avec une majoration des burn-out chez les internes depuis plusieurs années en France. (58)

Ainsi, si l’OMS déclare qu’à l’échelle mondiale 50% de la population va souffrir d’un trouble psychiatrique constitué avant l’âge de 75 ans, la cinétique des effectifs en psychiatrie ne va pas pouvoir pallier ces troubles et on avance vers un épuisement des professionnels de psychiatrie.(59)

## B) Ressentis et besoins du corps médical

Dans notre étude, un tiers des répondants ne se sent pas assez sensibilisé pour évaluer une situation péritraumatique. Cette situation apparaît pourtant incontournable dans la pratique d’un médecin d’une part en raison de la probabilité d’être exposé à un événement potentiellement traumatique, évaluée à 72,7% correspondant à la probabilité d’être exposé à un événement potentiellement traumatique au cours de sa vie pour un individu, d’autre part devant la dangerosité et la potentielle létalité d’un état de stress dépassé. (2)

Face à cette évidence, la réforme récente du second cycle des études de médecine inclut désormais dans la liste des situations urgentes à savoir reconnaître et prendre en charge pour le certificat de compétences cliniques : « réaction à un événement potentiellement traumatique ». (60)

Par ailleurs, dans le référentiel de psychiatrie, réédité en 2021, figure le chapitre dédié à la prise en charge de la pathologie psychotraumatique. (3) Bien que les grands axes de la prise en charge en situation péritraumatique y soient listés, avec l’explication de la prise en charge psychothérapeutique (defusing), aucun détail sur les différents types d’états de stress dépassé ou la symptomatologie détaillée de la dissociation péritraumatique n’y apparaît.

Dans les enjeux fixés pour la mise en place de protocole standardisé concernant la prise en charge en situation péritraumatique, l’HAS avance pourtant l’importance de renforcer les

connaissances au sein du corps médical pour pallier « la méconnaissance des troubles psychotraumatiques et les difficultés de repérage ».(45)

En effet, sans les informations théoriques fournies par les référentiels ou les protocoles de l'HAS, chaque médecin pourrait se sentir sensibilisé ou non à la question psychotraumatique, selon son exercice pratique, induisant une hétérogénéité dans le repérage et la prise en charge.

Il est par ailleurs intéressant de noter que la valence addictologique des comorbidités du TSPT n'est pas évoquée dans le référentiel de psychiatrie. Ceci, associé à l'absence de protocole clair mis en place par les autorités de santé référentes, pourrait expliquer des résultats en demi-teinte dans notre étude, avec un médecin sur deux n'interrogeant pas les consommations d'alcool en situation péritraumatique, un quart prescrivant des benzodiazépines en situation péritraumatique en cas d'angoisse massive non amendée par une solution non pharmacologique, là où 94% des médecins sont conscients de la nécessité de procéder au defusing en période péritraumatique.

Si les connaissances acquises par tout médecin à l'issue du deuxième cycle des études de médecine semblent être le socle théorique commun le plus représentatif (61), il pourrait donc exister un intérêt à réévaluer le contenu du chapitre dédié au psychotraumatisme.

Par ailleurs, si la prise en charge de la pathologie psychotraumatique est souvent l'apanage des psychiatres (5), il est préoccupant de voir que dans notre panel de médecins psychiatres en exercice (non internes), 1 sur 5 déclare ne pas être suffisamment sensibilisé à la clinique du psychotraumatisme. Il semble donc nécessaire de renforcer les programmes de formation en psychiatrie pour inclure une composante plus solide sur la pathologie psychotraumatique. Cela pourrait impliquer l'intégration de modules spécifiques sur le repérage, l'évaluation et la prise en charge des patients en situation péritraumatique, ainsi

que sur l'identification des facteurs de risque et la prévention des complications à long terme.

D'autre part, si dans notre étude, plus de la moitié des praticiens urgentistes ne se sentent pas assez sensibilisés pour bien évaluer le psychotraumatisme, ceci pourrait être dû à une certaine réticence des urgentistes à la prise en charge psychiatrique, malgré la fréquence accrue des consultations psychiatriques aux urgences, engendrée par la stigmatisation et une méconnaissance de la pathologie psychiatrique en générale. (62)

De même qu'aux urgences, les consultations de médecine générale sont fortement représentées par des motifs psychiatriques, avec des praticiens qui se disent démunis car se retrouvant face à des situations méconnues. (63) Dans ce contexte, en 2018, le ministère de la santé a proposé de rendre obligatoire un passage en psychiatrie dans la maquette d'internat des médecins généralistes, cette réforme, encore en cours de discussion, permettrait probablement aux médecins généralistes futurs de se sentir davantage sensibilisés, et à même de prendre en charge les patients avec des pathologies psychiatriques. (64)

En outre, dans notre étude, plus de 80% de notre panel de médecins souhaitaient s'informer davantage sur la prise en charge du patient en situation péritraumatique ainsi qu'avoir des renseignements sur l'intrication des consommations d'alcool et de la pathologie psychotraumatique, pouvant suggérer un manque d'information et/ou de formation de l'ensemble des spécialités médicales interrogées.

La volonté d'être informé sur la pathologie duelle TSPT-TUA était significativement plus élevée par les plus jeunes médecins de notre étude, cette différence pouvant s'expliquer de différentes façons.

D'une part, il est possible que les médecins plus expérimentés aient déjà acquis une certaine expertise dans la prise en charge de la pathologie psychotraumatique et des problématiques de consommation d'alcool associées au cours de leur pratique clinique, les rendant ainsi, moins biaisés par l'incertitude clinique présente chez les plus jeunes médecins, et par conséquent moins à même de ressentir le besoin d'approfondir leurs connaissances. (65,66)

D'autre part, il est possible que les jeunes médecins aient été davantage formés ou sensibilisés à la pathologie psychotraumatique et aux TUA, du fait de l'évolution des études médicales, et les avancées scientifiques ainsi que les nouvelles recherches dans ce domaine pourraient susciter un intérêt plus marqué chez les jeunes médecins, les poussant à chercher des informations supplémentaires pour améliorer leur pratique clinique.

Depuis une quinzaine d'années, en effet, on peut voir un changement de paradigme concernant la pathologie psychiatrique concomitante aux problématiques addictives. Et l'émergence de l'entité « pathologie duelle », amène les médecins à réévaluer leurs connaissances théoriques et leur organisation en pratique.(47)

L'abord plus systématique de la pathologie psychiatrique et de la comorbidité addictive en tant que maladie duelle permettrait en tant que maladie duelle d'éviter la dichotomie de prise en charge entre psychiatres et addictologues et de s'orienter vers des prises en charges intégrées plus pertinentes.(43,68)

C) Perspectives d'amélioration des pratiques et proposition d'algorithme de prise en charge

Si l'absence de recommandations officielles, l'état dissociatif du patient traumatisé ainsi que les difficultés d'effectif médical, notamment aux urgences et en psychiatrie, peuvent expliquer les difficultés pour le système médical actuel français de mettre en place un dépistage efficace et exhaustif des consommations d'alcool en situation péritraumatique, la diffusion générale d'informations aux médecins concernant la prise en charge du patient en péritraumatique et le lien entre pathologie psychotraumatique et alcool, la publication de recommandations officielles et la mise à jour du référentiel de psychiatrie, ainsi que la lutte contre la stigmatisation de la pathologie psychiatrique et l'intégration de la notion de pathologie duelle semblent autant de pistes à explorer pour permettre aux médecins d'améliorer leur prise en charge du patient en situation péritraumatique, et de renforcer le dépistage des consommations d'alcool dans ce contexte.

Aussi, pour aborder une prise en charge intégrée de la pathologie duelle, mêlant la pathologie psychiatrique et les comorbidités addictologiques, il serait intéressant de renforcer les formations en addictologie des psychiatres et de former à la psychiatrie les addictologues non psychiatres de formation. En effet, depuis 2022, le troisième cycle du cursus médical pour les psychiatres a été rallongé d'un an avec la possibilité de faire une formation transversale spécialisée (FST) en addictologie incluse dans les cinq années d'internat, incitant potentiellement les futurs psychiatres à se former davantage à l'addictologie.(69) Si dans les programmes de FST d'addictologie, il ne figure pas encore systématiquement de cours traitant des pathologies duelles, inclure l'étude de ces dernières dans le programme pourrait être enrichissant pour les médecins issus de toutes les spécialités médicales souhaitant réaliser cette formation.(70,71)

Depuis quelques années, le terme « pathologie duelle » est considéré comme une entité pathologique à part entière par la communauté psychiatrique et addictologique et est



retrouvé dans les conférences nationales dans ces domaines.(72) En France, de nouvelles stratégies thérapeutiques se mettent en place telles que le « bridging prépsy contact » axé notamment sur la prise en charge des comorbidités addictologiques des patients schizophrènes en faisant le lien entre les CJC, les CMP et les CPTS. Depuis 2019, dans 5 régions de France, cette équipe a pu localiser des trios de structures proches géographiquement et organiser un travail en collaboration pour une prise en charge conjointe addictologique et psychiatrique des patients concernés.(73) De même, au vu de l'intrication importante des TUA et de la pathologie psychotraumatique, il serait judicieux de pouvoir mettre en place un réseau entre les services de psychotrauma comme les CUMP et les CSAPA alentours, avec, à titre d'exemple des réunions de coordination tous les mois pour dépister les consommations de l'ensemble des patients en état de stress aigu rencontrés via les services de psychotrauma.

Concernant l'amélioration de la prise en charge du patient en situation péritraumatique, en 2022, deux internes en psychiatrie de Lille ont consacré leurs travaux de thèse à l'amélioration des soins, au repérage précoce des symptômes psychotraumatiques et à l'orientation des patients reçus aux urgences du CHU de Lille, en situation péritraumatique. (74,75) Dans ces travaux, les échelles finales développées par le Centre Régional du Psychotrauma visent spécifiquement à dépister une détresse péritraumatique, un état de stress dépassé, une dissociation péritraumatique, des symptômes d'épisode de stress aigu, une urgence psychotraumatique secondaire telle que la crise suicidaire et les antécédents psychiatriques mais ne comprennent pas de questions concernant les consommations de substances ou leur modification.

Il serait pertinent d'y ajouter une étape supplémentaire consistant en un dépistage des consommations excessives d'alcool chez les patients en situation péritraumatique, en parallèle du questionnaire de dépistage des symptômes psychotraumatiques. Cela

permettrait une évaluation plus complète des patients, en prenant en compte à la fois les symptômes psychotraumatiques et les possibles modifications des consommations d'alcool associées. Si des consommations excessives d'alcool sont identifiées, une orientation appropriée vers les ressources spécialisées en addictologie devrait être envisagée.

Par ailleurs, il est possible d'envisager la mise en place d'un protocole préventif pour les patients ayant des antécédents addictologiques. En effet, tout événement traumatique chez un individu ayant des problématiques liées à l'addiction dans son passé peut constituer un facteur de vulnérabilité avec le risque d'entraîner une augmentation des consommations chez les personnes déjà dépendantes et une rechute chez les personnes en phase d'abstinence. Dans cette optique, un suivi plus étroit au sein des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pourrait être discuté pendant ces périodes de vulnérabilité, en particulier durant le premier mois suivant l'événement traumatique.

En effet, pour une prise en charge optimale concernant de la pathologie duelle TSPT-TUA, deux questions sont primordiales, à savoir la présence d'antécédent de TUA et les changements d'usage depuis l'évènement traumatique. Questionner le patient sur ces deux points permettrait de l'orienter vers la prise en charge addictologique la plus adaptée, comme un avis spécialisé par l'ELSA ou toute autre structure spécialisée en addictologie dans les 72 heures suivant l'évènement traumatique, une éducation thérapeutique simple ou un suivi renforcé en CSAPA. Les différentes options de prise en charge suggérées sont présentées dans la figure 10, sous la forme d'un algorithme décisionnel dédié au patient pris en charge en péritraumatique.

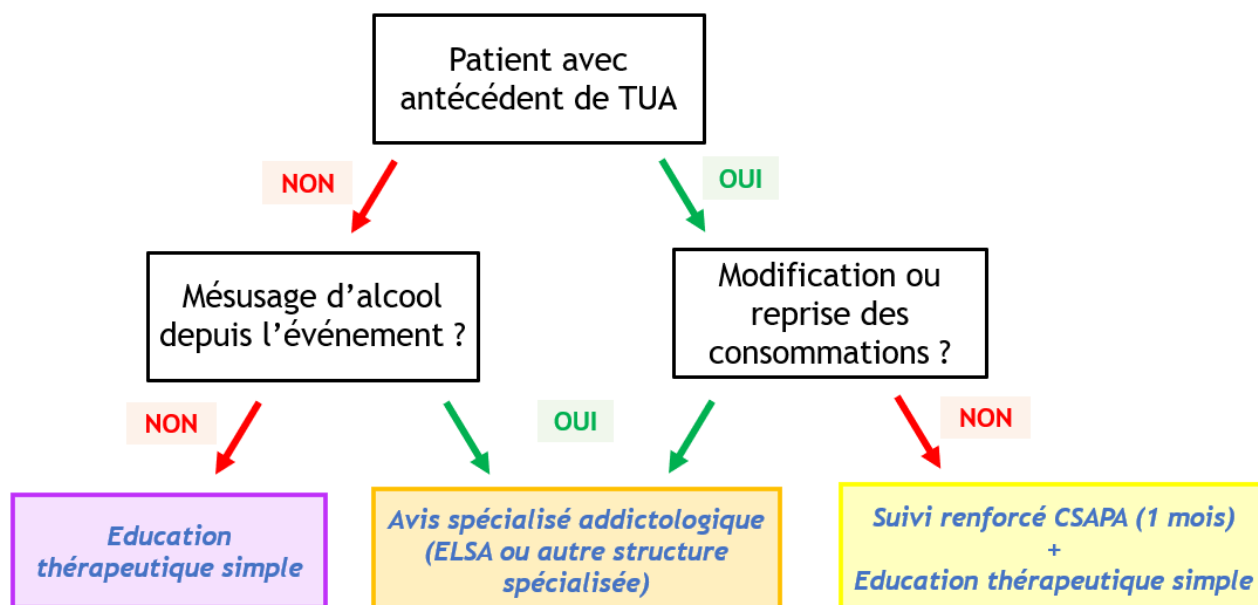


Figure 10 : Proposition d'algorithme décisionnel dédié à la prise en charge du patient en situation péritraumatique

L'éducation thérapeutique simple reprendrait la psychoéducation réalisée en parallèle de la psychothérapie de defusing, comprenant : explications des réactions physiques et émotionnelles qui pourraient se déclarer ainsi que les règles hygiéno-diététiques à respecter pour limiter la dissociation et aider l'organisme à encoder correctement l'événement traumatique, notamment concernant les consommations d'alcool.

L'avis spécialisé addictologique dans les 72 heures suivant l'événement traumatique, délivré par l'ELSA ou toute autre structure d'addictologie disponible rapidement, pourrait organiser le sevrage avec le patient consommateur chronique s'il est d'accord, ou pourrait permettre une réduction des risques en collaboration avec les équipes de psychiatrie pour la gestion des consommations dans ce contexte péritraumatique.

Le suivi CSAPA renforcé proposé pour les patients ayant des antécédents de consommations chroniques pourrait les protéger pendant cette période de vulnérabilité qu'est le premier mois suivant un événement traumatique et serait associé à l'éducation thérapeutique simple telle que décrite ci-dessus.

Il reste par ailleurs évident, que le repérage de la situation péritraumatique doit être réalisée préalablement, nécessitant l'action des médecins de première ligne et leur sollicitation des services de psychiatrie d'urgence. Les deux avis spécialisés, psychiatrique et addictologique, s'ils sont nécessaires, sont complémentaires et ne s'excluent pas, l'émergence de la notion de pathologie duelle en étant le symbole.

#### D) Limites de l'étude

Notre étude, par sa méthode et son échantillon, comporte plusieurs limites et biais, que nous allons détaillés ci-dessous.

##### 1) Biais de sélection

- **Les médecins généralistes**

En confrontant les données de l'Observatoire national de médecine générale, qui rapportait une moyenne de 114,8 consultations par an en 2009 pour des "réactions psychiques suite à une situation éprouvante" dans lequel s'intègre probablement le TSPT, il convient de noter une limite à notre enquête. En effet, nous n'avons pas pu obtenir de liste de diffusion pour médecins généralistes, qui représentent probablement une part importante des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients en période péritraumatique.(76,77)

Cet écueil représentant un biais de sélection important, il serait indispensable pour l'avenir de rechercher les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation péritraumatique.

- **L'équipe paramédicale**

Notre étude se concentrant sur le corps médical nous avons, de fait, exclu les interlocuteurs paramédicaux de la prise en charge du patient en péritraumatique et de l'interrogation des consommations d'alcool aux patients exposés, constituant un second biais de sélection. Cependant, il est important de reconnaître que la prise en charge de ces patients se fait généralement en équipe, où plusieurs professionnels de la santé interviennent, tels que les infirmières, les psychologues et autres membres du personnel paramédical. (78,79)

A l'avenir l'inclusion des professionnels paramédicaux confrontés aux patients en période péritraumatique permettrait une vision plus holistique de la prise en charge du patient ainsi que des pistes d'amélioration dans ce domaine.

## 2) Puissance de l'étude

Une autre limite de notre étude est l'absence du taux de participation global. En effet, malgré nos efforts pour contacter les services d'urgences et obtenir une liste complète des médecins concernés, nous avons été confrontés à des contraintes administratives et logistiques qui ont entravé cette collecte d'informations.

Cette absence de données précises sur le nombre total de médecins urgentistes inclus dans notre échantillon peut avoir un impact sur l'interprétation des résultats en influençant la représentativité de notre échantillon. Il conviendra d'obtenir un taux de participation plus global et précis pour une étude ultérieure.

La puissance de notre étude reste donc assez faible malgré plusieurs forces notamment le caractère multicentrique et multidisciplinaire. Il s'agit par ailleurs, à notre connaissance, de la première tentative visant à interroger les médecins sur leurs méthodes de dépistage des consommations d'alcool chez les patients en situation péritraumatique.

### 3) Biais de suggestibilité

Il existe également un possible biais de suggestibilité. En effet, la formulation de nos questions, en choix multiples et fermées, a pu influencer les réponses des participants. Une future étude pourrait utiliser des questions plus ouvertes, avec néanmoins un risque de difficultés d'exploitation des données et de lassitude des répondants.

### 4) Biais de recrutement

Enfin, il existe un probable biais de recrutement avec un accord de diffusion des services hospitaliers les plus intéressés sur la problématique étudiée ainsi que les responsables d'unité probablement les plus intéressés et peut-être des médecins plus sensibilisés au sein de ces unités.

## Partie 5 – Conclusion

Définie comme « la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution »(80), la pathologie duelle TSPT-TUA représente un enjeu en terme de santé publique, dont l'axe de prévention, en contexte péritraumatique, n'a pas encore fait l'objet de recherches, à notre connaissance.

En interrogeant les médecins sur leurs pratiques face aux patients en situation péritraumatique, notamment quant à la consommation d'alcool chez ces derniers, notre travail montre que seuls 55,1% des médecins interrogent de façon systématique ces patients sur leur consommation d'alcool et 12,5% des médecins confrontés au moins une fois par semaine aux patients en péritraumatique ne le font jamais.

Notre travail met par ailleurs en évidence qu'un tiers des médecins interrogés ne se sent pas assez sensibilisé pour prendre en charge les patients en période péritraumatique, et que plus de 80% des médecins sont en demande d'informations concernant la période péritraumatique et l'implication des consommations d'alcool dans la pathologie psychotraumatique.

Si la fréquence de l'automédication par l'alcool en cas de TSPT constitué est démontrée (33), notre travail souligne l'importance de publier des recommandations officielles et de proposer une meilleure formation des médecins actuels et futurs à la pathologie duelle TSPT-TUA et à la particularité de période péritraumatique, afin d'en améliorer la prise en charge et de prévenir l'installation de la pathologie duelle, pour laquelle les thérapeutiques montrent une efficacité très partielle. (40–42)

En proposant un algorithme décisionnel dédié aux médecins de première ligne, et s'appuyant sur une évaluation psychiatrique et addictologique en péritraumatique, notre travail se veut rappeler l'importance de la pluridisciplinarité nécessaire à la bonne prise en charge des patients (68), tout en considérant la nécessité de protocoles réalisables dans notre paysage de soins français actuel, marqué par l'augmentation de la charge de travail des médecins alors même que leur nombre diminue. (49,59)

A l'avenir, la réalisation d'une étude proposant la diffusion de notre algorithme et d'un suivi conjoint addictologique et psychiatrique chez le patient consultant après un évènement traumatique, et ce dès la période péritraumatique, permettrait d'évaluer l'intérêt d'actions de prévention sur la prévalence du TSPT constitué ainsi que de la pathologie duelle TSPT-TUA.



## Trouble stress aigu

Critères diagnostiques

**308.3 (F43.0)**

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
  2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
  3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B.** : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
  4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- N.B.** : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.
- B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

### **Symptômes envahissants**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.  
**N.B.** : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.  
**N.B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)  
**N.B.** : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

### **Humeur négative**

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

### **Symptômes dissociatifs**

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

### **Symptômes d'évitement**

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

### **Symptômes d'éveil**

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
  11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  12. Hypervigilance.
  13. Difficultés de concentration.
  14. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
- N.B. :** Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.
-

## Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques

309.81 (F43.10)

### Trouble stress post-traumatique

**N.B. :** Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

**N.B. :** Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.  
**N.B. :** Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.  
**N.B. :** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)  
**N.B. :** Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.



5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
  2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
  2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
  3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
  4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
  5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
  6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
  7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
  3. Hypervigilance.
  4. Réaction de sursaut exagérée.
  5. Problèmes de concentration.
  6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

*Spécifier le type :*

**Avec symptômes dissociatifs :** Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

**N.B. :** Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

*Spécifier si :*

**À expression retardée :** Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

## ANNEXE 3 : **Psychothérapies dans le TSPT**

### ➤ **La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)**

Sur les 3 options psychothérapeutiques, celle-ci est à mettre en place le plus tôt. Elle peut être démarrée pendant la phase d'état de stress aigu.

Elle est dite « centrée sur le traumatisme », le but étant de cibler les éléments ou souvenirs anxiogènes et déclenchant un sentiment de panique chez le sujet victime de psychotraumatisme.

Elle étudie les comportements du patient face à ces stimuli rappelant le danger. Le patient essaye alors d'élaborer des stratégies d'adaptation pour lutter contre ses recrudescences anxieuses en lien avec l'événement traumatique.

### ➤ **La Thérapie d'Exposition Prolongée (TEP)**

Dans ce travail psychologique, on essaye de désensibiliser le patient vis-à-vis de l'événement traumatique. Tel que les méthodes utilisées face à un allergène en allergologie, le patient sera exposé de façon progressive, répétitive et contrôlée à la situation psychotraumatique. On vise l'habituation du patient aux stimuli traumatiques.

Cette méthode sera réalisée à distance importante du traumatisme.

### ➤ **L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

L'intérêt de cette thérapie a été avancé en partant du postulat que la pathologie traumatique existe car lors de l'événement traumatique l'individu n'a pas pu réaliser un encodage optimal de l'événement.

L'EMDR va demander au soignant d'attirer l'attention du sujet sur des mouvements répétitifs de va-et-vient des yeux. En même temps, le soignant va revenir avec le patient sur le récit de l'événement traumatique (via un protocole standardisé, l'intégralité de l'événement traumatique n'est pas relatée).

Il permettra alors au patient de se remettre dans le contexte traumatique mais dans un endroit où il se sent en sécurité, et alors de pouvoir déclencher ses capacités d'analyse « à froid », traiter les informations une nouvelle fois et d'être discriminant et donc de réguler la réponse émotionnelle, l'effet attendu étant de réussir à détacher le sentiment puissant et envahissant négatif associé à l'événement traumatique qui est la source des symptômes de stress post-traumatique.



## **Trouble de l'usage de l'alcool**

### Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
  2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
  3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
  4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
  5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
  6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
  7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
  8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
  9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
  10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
    - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
    - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
  11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
    - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (cf. les critères A et B du sevrage de l'alcool, p. 653).
    - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

**Spécifier si :**

**En rémission précoce :** Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli).

**En rémission prolongée :** Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli).

**Spécifier si :**

**En environnement protégé :** Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool est limité.

**Code reposant sur la sévérité actuelle :** Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par l'alcool, un sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental induit par l'alcool est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage de l'alcool. Le trouble comorbide de l'usage de l'alcool est indiqué à la place par le 4<sup>e</sup> caractère du

code du trouble induit par l'alcool (cf. la note de codage pour l'intoxication par l'alcool, le sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental spécifique induit par l'alcool). Par exemple, s'il y a une intoxication par l'alcool comorbide à un trouble de l'usage de l'alcool, seul le code de l'intoxication par l'alcool est noté, le 4<sup>e</sup> caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage de l'alcool est léger, moyen ou grave : F10.129 pour un trouble léger de l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool ou F10.229 pour un trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool.

*Spécifier la sévérité actuelle :*

**305.00 (F10.10) Léger :** Présence de 2-3 symptômes.

**303.90 (F10.20) Moyen :** Présence de 4-5 symptômes.

**303.90 (F10.20) Grave :** Présence de 6 symptômes ou plus.

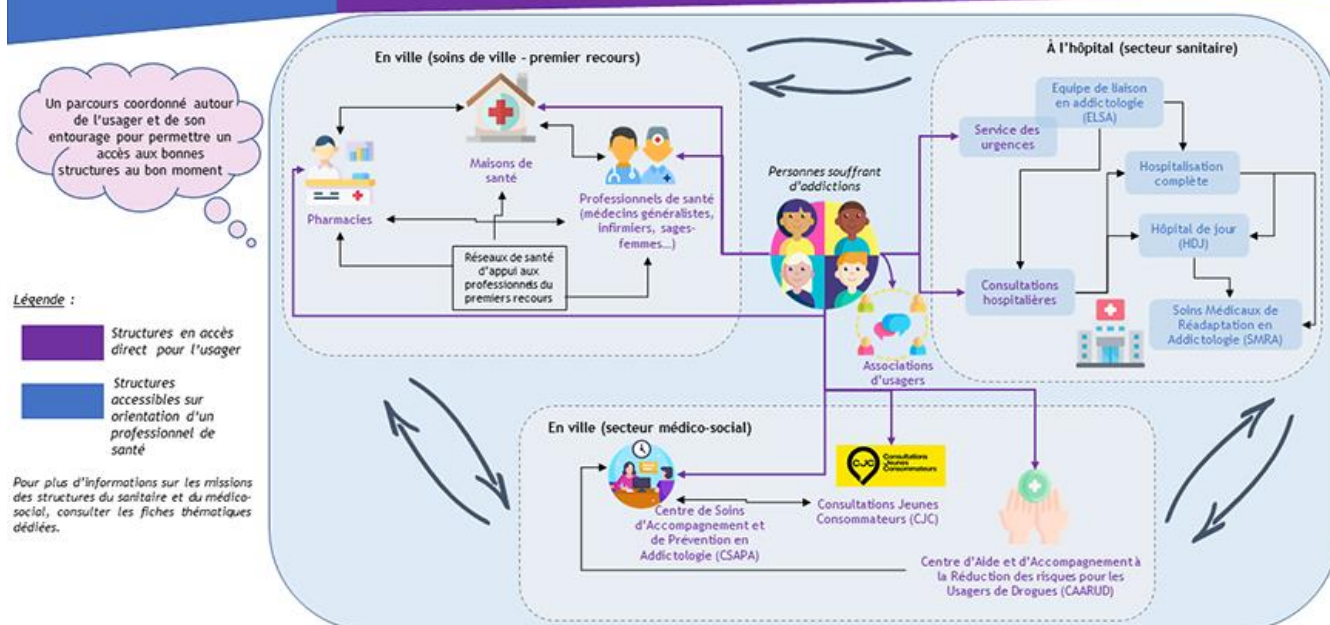
---



## ANNEXE 5 : L'offre de soins en addictologie en France

### Fiche synthèse :

### L'offre en addictologie



#### ➤ CSAPA (84)

En France (DOM-TOM inclus), on en compte 489. Dans notre région des Hauts-de-France, il y a 70 CSAPA dont 47 dans le Nord-Pas-De-Calais et 23 en Picardie. Cette structure a pour mission principale d'assurer les actions de prévention et de soins chez les individus atteints d'addiction (toutes addictions confondues). Depuis 2011, ils regroupent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Il s'agit d'une prise en charge qui se veut médicosychosociale et donc multidisciplinaire, au sein du CSAPA, on trouve des médecins addictologues, des infirmiers diplômés d'état spécialisés en addictologie, des psychologues, des assistantes sociales ou encore des psychomotriciens.

Le CSAPA permet au patient souffrant d'addiction d'avoir un suivi régulier avec une équipe formée à la prise en charge de la pathologie.

#### ➤ CJC (85)

En France (DOM-TOM inclus), il en existe plus de 400. Il s'agit d'une consultation pour les populations de 12-25 ans, de façon préférentielle. Elle est destinée aux jeunes consommateurs et à leurs familles. Il s'agit d'un lieu d'écoute, d'information et de soutien. Elles sont souvent situées au sein des CSAPA. Elles sont également des structures médicosychosociales et regroupent des psychologues, des médecins addictologues ou des éducateurs. Les consultations y sont gratuites et anonymes.

#### ➤ CAARUD (84)

Sur le territoire français (DOM-TOM inclus), il y a 155 CAARUD dont 18 dans les Hauts-de-France dont 15 dans le Nord-Pas-De-Calais et 3 en Picardie.

Au sein des CAARUD, la réduction des risques à la consommation est délivrée chez une population consommatrice. Il s'agit d'un autre abord à la question de l'addiction. On y trouve également des professionnels de santé.

➤ **ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)**

Le rôle d'ELSA est de sensibiliser et conseiller les équipes hospitalières à la prise en charge des patients en addictologie, quelque soit le motif d'entrée du patient. Il s'agit d'une équipe mobile de plusieurs professionnels de santé qui se déplacent dans les différents services pour aider à l'évaluation d'une potentielle addiction, à la mise en place d'un projet de soins, à prescrire les thérapeutiques indiquées, et à orienter le patient pour la préparation de la sortie d'hospitalisation.

➤ **Hospitalisation complète**

Elle est indiquée dans le cadre d'un sevrage en alcool, avec ou non d'autres consommations (benzodiazépines, cannabis, cocaïne, etc.). Les hospitalisations durent de 2 à 3 semaines en moyenne. Elles permettent le sevrage en alcool, et prévoient la reprise de la vie quotidienne sans la substance. Elles fixent également le devenir de la prise en charge avec parfois une poursuite de soins en post-cure ou centre de réhabilitation, en hôpital de jour, ou un suivi en ambulatoire simple au CSAPA ou avec son médecin généraliste traitant.

➤ **Hôpital de jour**

Les patients souffrant d'addiction à l'alcool peuvent aller à l'hôpital de jour au décours d'une hospitalisation de sevrage ou sans celle-ci. Ce lieu permet l'évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés et une prise en charge addictologique adaptée. Le temps d'hospitalisation peut varier de quelques demi-journées par semaine à tous les jours pour un temps, selon l'indication à certaines activités et les disponibilités du patient sans empiéter sur sa réinsertion socio-professionnelle.

➤ **Centre de réhabilitation / Soins de suite et de réadaptation addictologique / Post-cures**

Ce sont des structures qui reçoivent des patients souffrant d'addiction et de conséquences addictives fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et/ou sociales. L'entrée dans ces structures peuvent se faire à la suite d'une hospitalisation complète ou en accès direct. Il s'agit de prise en charge médicopsychosociale. Les séjours sont souvent de plusieurs semaines voire mois. Le but principal de ces structures est la concomitance entre le maintien d'abstinence et la réinsertion socio-professionnelle avec une prise en soin du potentiel handicap, conséquence d'antécédents addictologiques de longue date.

## ANNEXE 6 : **Psychothérapies en addictologie**

### **L'entretien motivationnel et TCC (30) :**

L'entretien motivationnel est fondé sur le principe de motivation intrinsèque. Il est important que le patient trouve sa motivation en lui par rapport à ses valeurs et ses objectifs propres.

Il s'agit d'entretiens directifs et dirigés vers une résolution des contradictions de l'individu, entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou objectifs plus généraux, l'idée étant de dresser le tableau honnête et clair des consommations, des bénéfices et des risques avec le patient. Il est alors complètement autonome dans ses décisions quant aux consommations et soutenu par l'équipe soignante dans ses choix.

### **La thérapie systémique familiale brève (31) :**

Elle est fondée sur la prise en soin de l'individu au sein d'un système composé de plusieurs membres (couple, famille, cercle amical, etc.). Il s'agit de voir la consommation régulière d'alcool comme symptôme à un dysfonctionnement du système et non pas du patient uniquement. Elle doit être réalisée en quelques séances.

Elle permet de distribuer la causalité des consommations et d'élaborer un travail psychothérapeutique de groupe en fixant ensemble les objectifs et les moyens d'y parvenir avec la participation de tout le système. Dans cette prise en charge, le thérapeute définit les situations cliniques sous l'angle des interactions sociales. La motivation du patient reste indispensable et nécessaire pour entreprendre ce travail psychothérapeutique et peut être portée par la motivation des autres membres du système.

### **Repérage précoce et Intervention brève (32) :**

Depuis 1998, en France, le programme de repérage précoce et d'intervention brève a été mis en place avec les recommandations pratiques de l'HAS. Au vu de la prévalence de l'addiction à l'alcool (au tabac et cannabis également), les autorités sanitaires françaises ont développé ce protocole, à l'adresse des médecins généralistes traitants.

Il est composé de 4 étapes, les deux premières sont les composantes du repérage précoce, et les deux suivantes de l'intervention brève :

**Déclaration de la consommation** : il s'agit de chiffrer la consommation quotidienne du sujet

**Évaluation du risque** via le questionnaire FACE (32)

**Intervention brève** qui consiste à fournir au patient, les résultats du questionnaire FACE, de l'informer des risques encourus avec la poursuite des consommations, d'évaluer sa motivation et ses attentes concernant celles-ci, puis d'élaborer des propositions d'objectifs en adéquation avec sa motivation et ses attentes.

**Accompagnement** : il doit être envisagé sur le long terme, avec un soutien de l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques et sociaux. Il peut également être indispensable au soutien du patient dans l'abstinence ou la modération et le renforcement des autres conduites favorables à la santé (alimentation, sport, etc.). Si la rechute se présente, il peut être aussi l'intermédiaire vers une prise en charge plus spécialisée (CSAPA), pour envisager alors un travail motivationnel pour aider le patient dans ses efforts d'arrêt au long cours.



## Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

### 1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

### 2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

### 3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

### 4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

### 5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

#### Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

### Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (*binge drinking*, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

**Zéro alcool  
chez la femme  
dès le projet  
de grossesse**

[www.agir-pour-bebe.fr](http://www.agir-pour-bebe.fr)



**Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :**

25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco pops – prémix]),  
10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°  
(whisky, vodka), 2,5 cl d'alcool à 45° (pastis, digestif)

### Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

## ANNEXE 7 : Questionnaire

Bonjour,

Je suis Pauline KFOURY, interne en psychiatrie en 5<sup>ème</sup> semestre.

Je vous propose aujourd'hui de participer à mon travail de thèse en répondant à ce questionnaire.

Cette démarche vous prendra entre 5 et 10 minutes. Vos réponses resteront anonymes.

Le but de ce projet est d'interroger les pratiques des médecins face à un patient en situation péritraumatique (< 72 heures après l'événement traumatique).

### Question 1 :

Êtes-vous ?

- a- Femme
- b- Homme
- c- Autre

### Question 2 :

Êtes-vous ?

- a- Interne en médecine
- b- Médecin en exercice

### Question 3 :

Combien d'années d'expérience avez-vous?

(en comptant depuis le début de votre internat, en chiffres)

### Question 4 :

Quel est votre lieu d'exercice ?

- a- En cabinet libéral
- b- En service d'urgences
- c- En service d'hospitalisation en psychiatrie
- b- En centre médico-psychologique
- c- Autre : \_\_\_\_\_

### Question 5 :

Quelle est votre spécialité ?

- a- Psychiatre
- b- Médecine légale
- c- Médecin généraliste
- d- Médecine d'urgence
- e- Autre : \_\_\_\_\_

### Question 6 :

Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire en addictologie (capacité, diplôme universitaire, diplôme d'études spécialisées complémentaire ou formation spécialisée transversale) ?

- a- Oui, la capacité d'addictologie
- b- Oui, le diplôme universitaire d'addictologie
- c- Oui, le diplôme d'études spécialisées complémentaire d'addictologie
- d- Oui, la formation spécialisée transversale d'addictologie
- b- Non

### Question 7 :

Êtes vous confronté(e) à des patients en situation péritraumatique ? (Dans les 72 premières heures après l'événement traumatique)

- a- Oui, très souvent, 1 fois par semaine au moins
- b- Oui, assez souvent, 1 fois par mois au moins
- c- Oui, de façon modérée, 1 fois par trimestre au moins

- d- Oui, rarement, 1 fois par an au moins
- e- Jamais ou moins d'une fois par an

Question 8 :

Pensez-vous être suffisamment sensibilisé(e) à la clinique du psychotrauma afin de pouvoir bien l'évaluer ?

- a- Oui, je me sens à l'aise pour recevoir les patients en période péritraumatique.
- b- Plutôt oui, même si certains points sont à parfaire.
- c- Plutôt non, j'ai quelques notions mais je ne suis jamais certain(e) de mes prises en charge avec les patients en période péritraumatique.
- d- Non, pas du tout, je ne pense pas avoir les outils pour bien évaluer un patient en période péritraumatique.

Question 9 :

Devant un patient ayant subi un événement traumatique dans les 72 heures, quels pourraient être les conseils et les prescriptions que vous lui prodigueriez ?

- a- vous lui faites raconter en détails et factuellement l'événement traumatique.
- b- vous laissez le patient exprimer librement son ressenti, et secondairement, au cours de cette même consultation, vous validez ce ressenti avec le patient.
- c- si l'angoisse liée au traumatisme est trop importante et qu'il n'existe pas de solution non médicamenteuse efficace pour gérer cette angoisse, vous lui proposez une anxiolyse par benzodiazépine à demi-vie courte systématiquement.
- d- vous lui conseillez d'aller boire un verre avec ses amis pour éviter de ruminer sur l'événement traumatique.
- e- il est conseillé de prendre contact avec les services de psychiatrie d'urgence pour une évaluation psychiatrique.

Question 10 :

Concernant la consommation d'alcool en période péritraumatique, parmi les propositions suivantes, vous êtes d'accord avec :

- a- elle est actuellement formellement contre-indiquée.
- b- il n'est pas déconseillé de consommer de l'alcool.
- c- il est conseillé de ne pas consommer d'alcool.
- d- A ce jour, aucune recommandation HAS a été publiée sur ce sujet.

Question 11 :

Dans votre pratique, quand posez-vous la question de la présence de consommation de l'alcool et/ou de sa modification chez un patient en période péritraumatique ?

- a- de façon systématique
- b- de façon aléatoire
- c- uniquement chez les patients avec un antécédent addictologique
- d- uniquement chez les patients consommateurs chroniques d'alcool
- e- jamais

Question 12 :

A votre avis, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est-il un facteur de risque d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) ?

- a- Non, il n'y a aucun lien entre ces deux pathologies.
- b- On ne sait pas, aucune étude n'a trouvé de résultats significatifs à cette question.
- c- Oui, dans la littérature scientifique, des résultats significatifs ont été publiés pour répondre à cette question.

Question 13 :

Pensez-vous que les médecins actuels sont suffisamment sensibilisés quant au lien entre la pathologie psychotraumatique et le trouble de l'usage de l'alcool ?

- a- Oui

- b- Non
- c- Ne se prononce pas

Question 14 :

A titre personnel, souhaiteriez-vous recevoir des informations quant à la prise en charge d'un patient en période péritraumatique ?

- a- Oui
- b- Non
- c- Ne se prononce pas

Question 15 :

A titre personnel, souhaiteriez-vous recevoir des informations quant au lien entre la pathologie psychotraumatique et le trouble de l'usage de l'alcool ?

- a- Oui
- b- Non
- c- Ne se prononce pas

*Je vous remercie de votre contribution.*

*Un document répondant aux questions précédentes a été rédigé, si vous voulez le recevoir ou si vous avez des questions concernant les bonnes conduites par rapport à la problématique de l'alcool dans un contexte péritraumatique, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse [pauline.kfoury.etu@univ-lille.fr](mailto:pauline.kfoury.etu@univ-lille.fr).*

## ANNEXE 8 : Explications des réponses au questionnaire

### Question 9 :

Devant un patient ayant subi un événement traumatique dans les 72h, quels pourraient être les conseils et les prescriptions que vous lui prodigueriez ?

- a- vous lui faites raconter en détails et factuellement l'événement traumatique.
- b- vous laissez le patient exprimer librement son ressenti, et secondairement, au cours de cette même consultation, vous validez ce ressenti avec le patient.
- c- si l'angoisse liée au traumatisme est trop importante et qu'il n'existe pas de solution non médicamenteuse efficace pour gérer cette angoisse, vous lui proposez une anxiolyse par benzodiazépine à demi-vie courte systématiquement.
- d- vous lui conseillez de bien s'entourer et par exemple d'aller boire un verre avec ses amis pour éviter de ruminer sur l'événement traumatique.
- e- il est conseillé de prendre contact avec les services de psychiatrie d'urgence pour une évaluation psychiatrique.

### **Bonnes réponses : BE**

*A. il s'agit de la définition du débriefing qui doit être réalisé à la suite de la phase péritraumatique, et ce, maximum pendant les 15 premiers jours après le traumatisme.*

*B. il s'agit de la définition du defusing, qui doit être réalisé en période de péritraumatique.*

*C. les benzodiazépines sont contre-indiqués à la suite d'un événement traumatique, pour l'anxiolyse, il faut privilégier l'ATARAX.*

*D. Il faut éviter l'alcool après un événement traumatique.*

*E. Une évaluation psychiatrique permet d'évaluer l'adaptation de l'individu à l'événement traumatique et de prévoir la suite de sa prise en charge si nécessaire (rendez-vous de débriefing par exemple).*

### Question 10 :

Concernant la consommation d'alcool en période péritraumatique, parmi les propositions suivantes, vous êtes d'accord avec :

- a- elle est actuellement formellement contre-indiquée.
- b- il n'est pas déconseillé de consommer de l'alcool.
- c- il est conseillé de ne pas consommer d'alcool en période péritraumatique.
- d- A ce jour, aucune recommandation HAS a été publiée sur ce sujet.

### **Bonnes réponses : CD**

*ABC. La consommation d'alcool en période péritraumatique est déconseillée. Sur les sites des CUMP de France, on peut lire cette année par exemple concernant les réfugiés ukrainiens sur le site de la CUMP de Bordeaux des phrases comme : « EVITER LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES La prise d'alcool et de drogues peut participer à entretenir et renforcer le mal-être », mais elle n'est pas formellement contre-indiquée par les autorités médicales.*

*D. Effectivement, les différentes CUMP de France publient sur la contre-indication à la consommation d'alcool en situation péritraumatique. En revanche, les autorités médicales comme l'HAS n'a pas diffusé de recommandations.*

### Question 12 :

A votre avis, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est-il un facteur de risque d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) ?

- a- Non, il n'y a aucun lien entre ces deux pathologies.
- b- On ne sait pas, aucune étude n'a trouvé de résultats significatifs à cette question.
- c- Oui, dans la littérature scientifique, des résultats significatifs ont été publiés pour répondre à cette question.

### **Bonne réponse : 12C**

*Cette information est connue de la littérature scientifique depuis la fin du XXème siècle.*

*En 2010, une étude de grande ampleur « THE USE OF ALCOHOL AND DRUGS TO SELF-MEDICATE SYMPTOMS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER » a chiffré que parmi les patients souffrant d'un SSPT 14,4% déclaraient un TUA par la suite.*



## REFERENCES

1. Josse É. Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. In: Pratique de la psychothérapie EMDR [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 189-96. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100801497-p-189.htm>
2. Husky MM, Lépine JP, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey. *J Trauma Stress*. août 2015;28(4):275-82.
3. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
4. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2010;168(8):639.
5. Chatrousse H, Pinel JP. Les enjeux cliniques de la prise en charge précoce des traumatismes psychiques partagés. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2022;78(1):127-39.
6. Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. Contribution à une théorisation du defusing et du debriefing psychologique. *Inf Psychiatr*. 2006;82(3):231-7.
7. Charles-Henry DM, CUMP Bordeaux. Guide de bonnes conduites à la suite d'un événement traumatique A DESTINATION DES REFUGIES UKRAINIENS.
8. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. juill 2015;21(4):281-303.
9. El-Hage W. Prise en charge des troubles post-traumatiques. *Rhizome*. 2018;69-70(3-4):10-1.
10. Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *J Psychosom Res*. août 2015;79(2):89-93.
11. Florido A, Velasco ER, Monari S, Cano M, Cardoner N, Sandi C, et al. Glucocorticoid-based pharmacotherapies preventing PTSD. *Neuropharmacology*. 15 févr 2023;224:109344.
12. Ponseti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. Chapitre 10. Débriefing psychologique : extensions aux victimes et cas particuliers. In: *Le débriefing psychologique* [Internet]. Paris: Dunod; 2009. p. 179-200. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-debriefing-psychologique--9782100522583-p-179.htm>
13. FOA E. Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du Trouble du stress post-traumatique. 2021;
14. Sartor Z, Kelley L, Laschober R. Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. mars 2023;107(3):273-81.
15. Usage, mésusage et dépendance - [www.Stop-alcool.ch](http://www.Stop-alcool.ch) [Internet]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/types-de-consommation/usage-mesusage-et-dependance#Usage>
16. Binge drinking [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/sante-prevention/binge-drinking>

17. L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
18. SPF. Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France. Janvier 2020. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>
19. SPF. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-consommation-d-alcool-chez-les-adultes-en-france-en-2017>
20. Tabac, alcool, dépendance : les effets de la COVID-19 sur la consommation de la population [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/tabac-alcool-dependance-les-effets-de-la-covid-19-sur-la-consommation-de-la-population>
21. Karila L, Benyamina A. Addictions en temps de pandémie. Presse Médicale Form. août 2021;2(3):273-81.
22. Dervaux A. 2. Neurobiologie des addictions. In: Pratiques cliniques en addictologie [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2017. p. 8-15. (Les Précis). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-p-8.htm>
23. Paulus MP, Stewart JL. Interoception and drug addiction. Neuropharmacology. 1 janv 2014;76:342-50.
24. Offre d'addictologie en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/offre-addictologie-en-bourgogne-franche-comte>
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant)
26. ANSM [Internet]. Actualité - L'ANSM octroie une autorisation de mise sur le marché pour une utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance - Communiqué. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-octroie-une-autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-une-utilisation-du-baclofene-dans-lalcoolod-dependance-communique>
27. Médicaments contre la dépendance à l'alcool [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/medicaments-contre-la-dependance-l-alcool-0>
28. Aide au maintien d'abstinence - Médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/traiter-les-problemes-d-alcool-2/aides-a-l-abstinence/les-medicaments-d-aide-au-maintien-de-l-abstinence>
29. Syndrome antabuse [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfm.u.org/toxin/SYNDROME/ANTABUSE.HTM>
30. L'entretien motivationnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
31. ADJADJ L. Psychothérapie, Hypnose Ericksonienne, EMDR, Thérapie Brève, Paris, Marseille, Formation. Thérapies systémiques brèves et addictions. Dr Olivier COTTENCIN. Disponible sur: [https://www.psychotherapie.fr/Therapies-systemiques-breves-et-addictions-Dr-Olivier-COTTENCIN\\_a241.html](https://www.psychotherapie.fr/Therapies-systemiques-breves-et-addictions-Dr-Olivier-COTTENCIN_a241.html)

32. Haute Autorité de Santé [Internet]. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
33. Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. août 2010;27(8):731-6.
34. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings.
35. National Institute on Alcohol Abuse and Alchoholism (NIAAA). Comprendre le trouble de l'usage de l'alcool. 2020;
36. Norman SB, Haller M, Hamblen JL, Southwick SM, Pietrzak RH. The burden of co-occurring alcohol use disorder and PTSD in U.S. Military veterans: Comorbidities, functioning, and suicidality. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. mars 2018;32(2):224-9.
37. Eraldi-Gackière D. Alcool-dépendance et trouble de stress post-traumatique (épidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriques).
38. Dell'Aquila A, Berle D. Predictors of alcohol and substance use among people with post-traumatic stress disorder (PTSD): findings from the NESARC-III study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 3 mai 2023;
39. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Res*. août 2019;278:97-115.
40. Taylor M, Petrakis I, Ralevski E. Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD. *Am J Drug Alcohol Abuse*. juill 2017;43(4):391-401.
41. Back SE, Flanagan JC, Mintz J, Brady KT, Jones J, Jarnecke AM, et al. A Double-Blind Randomized Controlled Trial of Doxazosin for Co-Occurring PTSD and Alcohol Use Disorder in Veterans. *J Clin Psychiatry*. 8 mars 2023;84(2):21m14367.
42. Petrakis IL, Simpson TL. Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Critical Review of Pharmacologic Treatments. *Alcohol Clin Exp Res*. févr 2017;41(2):226-37.
43. Staff Perspective: Finally, An Integrated Treatment for Patients with PTSD and SUD | Center for Deployment Psychology [Internet]. Disponible sur: <https://deploymentpsych.org/blog/staff-perspective-finally-integrated-treatment-patients-ptsd-and-sud>
44. Straus E, Worley MJ, Lyons R, Kline AC, Tripp JC, Davis BC, et al. Examining attendance patterns across integrated therapies for posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. *J Anxiety Disord*. janv 2022;85:102498.
45. Haute Autorité de Santé [Internet]. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes - Note de cadrage. Disponible sur: [https://has-sante.fr/jcms/p\\_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage](https://has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage)
46. Haute Autorité de Santé [Internet]. Comment établir un certificat médical initial (CMI). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2975057/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975057/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi)
47. VIDAL [Internet]. Les traitements de l'état de stress post-traumatique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/etat-stress-post-traumatique-espt/traitements.html>

48. Grall BY. Perception par les médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques.
49. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Les effets catastrophiques de la spécialité exclusive de médecine d'urgence. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/courriers-des-lecteurs/les-effets-catastrophiques-de-la-specialite-exclusive-de-medecine-durgence>
50. Allain É. L'abord de l'alcool en médecine générale, de l'usage au trouble: déroulement et expériences au travers d'une enquête qualitative.
51. Guillo F. Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien.... Rev Med Suisse. 29 juin 2005;026:1712-6.
52. Syndrome de sevrage éthylique aux urgences - Urgences-Online [Internet]. Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/syndrome-de-sevrage-ethylique-aux.html>
53. Arlet P. L'approche clinique du patient – De la plainte à la décision.
54. Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>
55. Ducrocq F, Crocq L. Les traumatismes collectifs. 2007;
56. France 3 Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2023. Quatre questions sur la fermeture des urgences psychiatriques de l'hôpital Nord à Marseille. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/quatre-questions-sur-la-fermeture-des-urgences-psychiatriques-de-l-hopital-nord-a-marseille-2788254.html>
57. Masson E. EM-Consulte. Urgences psychiatriques. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/762674/urgences-psychiatriques>
58. www.20minutes.fr [Internet]. 2022. Le burn-out, un syndrome très contagieux chez les internes en médecine. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/3288279-20220512-sante-mentale-burn-out-syndrome-tres-contagieux-chez-internes-medecine>
59. What's Up Doc [Internet]. La pénurie de psychiatres va durer : 50% de la population mondiale va souffrir d'un trouble mental avant 75 ans. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/la-penurie-de-psychiatres-va-durer-50-de-la-population-mondiale-va-souffrir-dun-trouble>
60. Arrêté du 14 avril 2023 portant ouverture de la première session des épreuves dématérialisées nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine au titre de l'année universitaire 2024-2025 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047524190>
61. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. Études médicales. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308333A.htm>
62. Dombagolla MHK, Kant JA, Lai FWY, Hendarto A, Taylor DM. Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management). Australas Emerg Care. mars 2019;22(1):8-12.
63. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):1-6.

64. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>
65. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique. Can Fam Physician. janv 2011;57(1):123-5.
66. Krider R. Expérience professionnelle des médecins généralistes et prescriptions complémentaires en situation d'incertitude. 2018.
67. Boyer R. Pathologies duelles et troubles comorbides: réflexion clinique, thérapeutique et dépistage. 2017;
68. Addicto-psychiatrie [Internet]. Institut de Psychiatrie. Disponible sur: <https://institutdepsychiatrie.org/institut/addicto-psychiatrie/>
69. Affep. De nouveaux horizons - PsyDéchainé. 2022;
70. Cottencin O. Choisir FST Addictologie, programme université de Lille. 2021.
71. FST Addictologie, programme Université Limoges. 2018.
72. Montagnier L. Fédération Addiction. 2023. Rencontre autour de la pathologie duelle en Occitanie. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/agenda/rencontre-autour-de-la-pathologie-duelle-en-occitanie/>
73. Addiction F. Fédération Addiction. 2022. Prepsy Contact : des outils disponibles gratuitement. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actualites/prepsy-contact-des-outils-disponibles-gratuitement/>
74. MIKO D. Pouvoir prédictif de la CGI sur la survenue d'un TSPT en immédiat après exposition à un événement psychotraumatique.
75. ZAMIARA M. Prise en charge des patients dans les suites d'un événement potentiellement traumatique aux urgences du CHU de Lille : état des lieux du dispositif d'urgences psychiatriques et mise en place d'un protocole de repérage. 2022.
76. OMG - Top 50 des RC [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php?sid=0dfbf2aa5547c012fce9034dd0>
77. Solis J, Saynac Y, Haghghi S. How can the general practitioner manage a psychotrauma? Médecine. 1 juin 2019;15(6):261-4.
78. Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) départementale renforcée - Etablissement de santé mentale de la Marne [Internet]. Disponible sur: <https://www.epsm-marne.fr/toute-notre-offre-2/cellule-d-urgence-medico-psychologique-cump-departementale-renforcee/>
79. Montpellier CHU de. CHU de Montpellier : Site Internet. 2020. Cellule Renforcée d'Urgence Médico-Psychologique : dynamisme, esprit d'équipe, bon sens et empathie. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fr/information-transversale/actualites/cellule-renforcee-durgence-medico-psychologique-cump-crump-dynamisme-esprit-dequipe-bon-sens-et-empathie-4462>
80. Benyamina A. Pathologie duelle, actualités et perspectives. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2018;176(8):742-5.

81. Benzodiazépines [Internet]. Pharmacorama. 2016. Disponible sur: <https://www.pharmacorama.com/pharmacologie/mediateurs/medicaments-impact-gabaergique-glutaminergique/benzodiazepines/>
82. The Scripps Research Institute - News and Views [Internet]. Disponible sur: [https://www.scripps.edu/newsandviews/e\\_20020225/koob2.html](https://www.scripps.edu/newsandviews/e_20020225/koob2.html)
83. Haute Autorité de Santé [Internet]. Anxiété – Les benzodiazépines, uniquement pour une courte période. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974193/fr/anxiete-les-benzodiazepines-uniquement-pour-une-courte-periode](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974193/fr/anxiete-les-benzodiazepines-uniquement-pour-une-courte-periode)
84. Couteron JP. Panorama des dispositifs actuels de soins en addictologie. Psychol Psychol. 2022;279(3):006-11.
85. Cjc L, Quoi À, Sert Ç. Dépliant CJC 2021 (Santé Publique France). :2.

**AUTEURE : KFOURY Pauline**

**Date de soutenance : 27/09/2023**

**Titre de la thèse : Prévention de la consommation d'alcool en situation péritraumatique : Enquête de pratiques auprès des médecins du Nord-Pas-de-Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : PSYCHIATRIE**

**DES + FST/option : PSYCHIATRIE**

**Mots-clés : TSPT (trouble de stress post-traumatique), TUA (trouble de l'usage de l'alcool), dépistage, période péritraumatique, pathologie duelle**

**Résumé :**

En France, la probabilité d'être exposé à un événement psychotraumatique au cours de la vie est de 72,7%, et 3,9% de la population souffre de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Parmi les patients avec TSPT constitué, 14,4% déclarent un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) associé. Devant des solutions thérapeutiques limitées à ce jour, pour la prise en soins de la pathologie duelle TSPT-TUA, nous nous sommes intéressés au dépistage des consommations d'alcool en situation péritraumatique, avant la constitution du trouble, ainsi qu'aux ressentis et besoins du corps médical à ce sujet.

Un questionnaire anonyme de 15 questions a été adressé aux médecins psychiatres, légistes et urgentistes du Nord-Pas-de-Calais, concernant leurs pratiques face à un patient en situation péritraumatique ainsi que leur ressentis et besoins pour la prise en charge du sujet en période péritraumatique.

Notre travail montre que 55,1% des médecins interrogent de façon systématique le patient en situation péritraumatique sur ses consommations d'alcool. Un tiers des médecins ne se sentent pas assez sensibilisés pour évaluer un sujet en période péritraumatique et 61% considèrent qu'à ce jour, le corps médical n'est pas suffisamment informé quant à la pathologie TSPT-TUA. Plus de 80% des médecins sont en demande d'informations sur la prise en charge du patient en période péritraumatique et le lien entre TSPT et TUA, cette demande étant significativement plus élevée chez les médecins moins expérimentés concernant la pathologie duelle.

Malgré l'enjeu de santé publique que représentent le TSPT et le TUA, séparément et associés, le dépistage des consommations éthyliques en période péritraumatique est insuffisant. La publication de recommandations officielles par les autorités de santé ainsi qu'une meilleure formation du corps médical à la pathologie duelle et à sa prise en charge pourraient permettre une amélioration des pratiques professionnelles et une meilleure prise en charge des patients subissant un psychotraumatisme. Devant l'importance du travail pluridisciplinaire pour la prévention de cette pathologie duelle, nous proposons un algorithme d'orientation, destiné aux médecins de première ligne et s'appuyant sur les équipes d'addictologie et de psychiatrie.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Ali AMAD**

**Assesseurs : Docteur Frédérique WAREMBOURG, Docteur Véronique VOSGIEN**

**Directeur de thèse : Docteur Camille BENCE**