

# Les Journées de la SFA

## Résumés des communications

### Les acteurs de terrain aux côtés du patient

Coordination : Pr Henri-Jean Aubin, Pr François Paille  
Comité d'organisation : Pr Amine Benyamina, Dr Frédéric Brouzes, Mme Micheline Claudon,  
Pr Jean-Bernard Daepfen, Dr Benoît Fleury, Pr Romain Moirand, Pr Mickaël Naassila, Dr Didier Playoust,  
Dr Cécile Prévost, Dr Alain Rigaud, Pr Florence Thibaut

#### • Mercredi 18 mars 2015

### Optimiser le parcours de soins des patients et la coordination des acteurs

#### Le médecin généraliste et ses partenaires

Président : Pr François Paille (Nancy)  
Modérateur : Dr Paul Kiritzé-Topor (Angers)

#### **Médecine générale et soins spécialisés : comment améliorer les partenariats ?**

Dr Philippe Castera (Bordeaux)

Le médecin généraliste (MG) assure la continuité et la coordination des soins. Il connaît bien la personne, en partage le territoire et bénéficie de sa confiance. Il est amené à orienter ses patients. Les soins spécialisés ne peuvent se passer de lui.

Le MG doit aborder la question des addictions, le plus souvent en l'absence de demande et en plus du motif de consultation. Le patient peut avoir des difficultés à parler de ses "faiblesses" à "son" médecin de famille. Cette

complexité explique en partie le sous-repérage des addictions.

Le MG a besoin des soins spécialisés à condition qu'il y ait des échanges.

Les obstacles au partenariat sont multiples. Les solutions peuvent être classées en deux catégories qui doivent être coordonnées :

- les solutions à grande échelle : annuaire en ligne ; visite de santé publique, e-learning... ;
- les solutions en proximité : micro-structures, avis spécialisés, contacts, interventions...

Nous abordons ici trois solutions originales à grande échelle :

- un annuaire en ligne spécifique aux soins primaires : [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) ;
- la visite de santé publique ;
- l'e-learning, accessible à tous et à tout moment.

Ces trois solutions améliorent la connaissance des ressources tout en développant l'autonomie des médecins généralistes.

#### **Pôles de santé, coordination et prise en charge des patients souffrant d'addiction**

Dr Bénédicte Delamare (Bain-de-Bretagne)

Les Pôles correspondent à des équipes pluri-professionnelles libérales qui collaborent pour les meilleurs soins à une population sur un territoire donné.

À Bain-de-Bretagne, la dynamique de pôle a

démarré en 2011. Bain-de-Bretagne est une petite ville de 10 000 habitants. Elle compte environ 75 professionnels de santé avec 14 professions représentées.

La problématique alcool est apparue dès la première réunion. Le groupe addiction s'est mis en place très vite. Nous avons organisé en mars 2012 une journée de formation, avec le réseau Alcool 35, qui a permis de former 32 professionnels du secteur. À la suite de cette formation, la prise en charge des patients par le réseau a doublé sur le territoire. L'addictologie correspond à une part de plus en plus importante de notre pratique.

Les exercices coordonnés des professionnels de santé de l'ambulatoire sont relativement récents. La Haute autorité de santé les recommande pour l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins. L'exemple de Bain-de-Bretagne tend à démontrer que ces exercices permettent une prise en charge améliorée des patients ayant des problèmes d'addiction, à la fois qualitative et quantitative, tout en permettant à de nouveaux soignants de s'y intéresser.

#### **Addictologues et psychiatres : comment travailler ensemble ?**

Président : Pr Frédéric Limosin (Issy-les-Moulineaux)  
Modérateur : Dr Didier Playoust (Andernos-les-Bains)

## À l'hôpital : troubles bipolaires et addictions

Pr Olivier Cottencin (Lille)

Près de la moitié des sujets en recherche de soins pour addiction ou pour trouble mental ont un double diagnostic. Et cette comorbidité est toute aussi importante sinon plus chez les patients atteints de troubles bipolaires, qu'il s'agisse de dépendance ou d'abus de substance.

Les substances classiquement mésusées chez les patients atteints de trouble bipolaires sont l'alcool, le cannabis et la cocaïne, mais l'alcool reste la substance la plus représentée, puisque l'on retrouve un mésusage pouvant aller de 46 % à 58 % selon les études.

Le fait d'avoir un double diagnostic est un problème à la fois de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Un problème diagnostique car le déni des troubles (bipolaires ou addictifs) est renforcé par l'addiction elle-même, et la clinique est modifiée sous l'influence des substances. Un problème pronostique car les deux maladies s'auto-aggravent (les symptômes cliniques sont plus sévères et l'addiction entraîne une plus grande vulnérabilité aux risques environnementaux). Et un problème thérapeutique car l'addiction, au-delà de la perturbation neurobiologique qu'elle entraîne sur la pharmacothérapie, rend difficile la compliance aux soins, renforce le clivage historique entre psychiatrie et addictologie et entraîne de facto une pénalisation dans l'accès aux soins.

C'est pourquoi, après avoir abordé les grands principes thérapeutiques pharmacologiques et psychothérapeutiques chez les patients atteints de troubles bipolaires comorbides d'une addiction, nous proposons d'exposer ce que sont les approches combinées, leur intérêt en termes d'optimisation des soins et comment nous pourrions les adapter dans notre pays en utilisant les forces de nos structures de soins respectives.

### Le Csapa, lieu de coordination

Dr Anne-Françoise Hirsch (Roubaix)

En tant qu'établissement médico-social, les Csapa se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des Csapa leur permet d'être au plus près des publics ;
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est cons-

tituée de professionnels de santé et de travailleurs socioéducatifs ;

- un accompagnement dans la durée : le Csapa assure l'accompagnement du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

Par ailleurs, la nouvelle stratégie de santé (septembre 2013) stipule que : *"l'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulante les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie..."*.

Si l'on ajoute à cela la mesure 14 du projet de loi de santé de 2014 qui insiste sur la nécessité de permettre aux professionnels de mieux coordonner le parcours de leur patient..., alors on comprend l'intérêt de se poser la question du lieu où peut se faire cette coordination.

À partir d'expériences variées et non exhaustives, nous proposons quelques exemples de coordinations autour des situations de patients ayant une problématique addictive.

### Le patient accueilli à l'hôpital

Président : Pr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

Moderateur : Pr Pascal Perney (Nîmes)

#### **Aux urgences : détecter le risque addictologique avec l'appui des Elsa**

Dr Isabelle Faure (Bordeaux)

Les services d'urgence sont confrontés à une prévalence élevée d'admission pour ivresse alcoolique aiguë dans la population des 15-25 ans. Le service d'urgence de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux) reçoit environ 700 jeunes alcoolisés par an.

Nous avons mis en place un protocole de repérage du risque addictologique et psychiatrique avec une prise en charge adaptée en regard. Nous avons étudié de façon prospective sur trois mois la mise en place de ce protocole :

- en présence d'Elsa, l'évaluation des jeunes est systématique ;
- en l'absence d'Elsa, après le dégrisement, les jeunes reçoivent un auto-questionnaire

Adospa. En l'absence de critères de vulnérabilité psychiatriques dépistés par ailleurs, une intervention ultra-brève est faite par l'urgentiste avec remise d'un livret d'information. En cas d'Adospa  $\geq 2$ , un entretien téléphonique dans les 48 heures est proposé et réalisé par l'équipe d'addictologie.

70 patients sur 120 passages ont participé à ce protocole. 22 entretiens ont été directement réalisés par l'équipe de liaison, les 48 autres ont vu l'urgentiste, 14 ont été évalués par l'équipe de psychiatrie en raison de la présence de critères de vulnérabilité. 38 patients avaient un Adospa  $\geq 2$ , 13 entretiens téléphoniques ont pu être réalisés par l'Elsa.

Ce protocole, par notamment une meilleure coordination des intervenants, permet une amélioration de la prise en charge des jeunes alcoolisés admis aux urgences.

#### **L'alcoolisation aiguë des jeunes aux urgences prédit-elle une future dépendance à l'alcool ?**

Pr Jean-Bernard Daepfen,

Dr Angéline Adam (Lausanne)

L'admission aux urgences pour intoxication liée à l'alcool est fréquente chez les jeunes adultes et présente un défi majeur pour le système de soin. L'alcoolisation aiguë des jeunes aboutissant à une admission aux urgences représente une part infime des alcoolisations et suggère qu'il s'agit d'un groupe particulier de jeunes à risque de développer des problèmes d'alcool plus graves dans le futur, constat qui justifierait des mesures de prévention ciblées.

Au CHU de Lausanne, nous avons recensé l'ensemble des jeunes âgés de 18 à 30 ans ayant été admis dans le service des urgences du CHUV avec une alcoolémie  $\geq 0,5$  ‰, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Sur les 631 patients recensés, nous avons pu interviewer 318 (50,3 %). Les données récoltées permettront de déterminer les prévalences de consommation d'alcool à risque, d'utilisation d'alcool nocive pour la santé, de dépendance à l'alcool, des maladies psychiques et physiques associées à des problèmes d'alcool, six ans après l'admission aux urgences pour une intoxication aiguë à l'alcool.

Les données en cours d'analyse seront présentées. Elles permettront de discuter les opportunités de prévention ciblées sur le groupe à risque particulier des jeunes admis aux urgences suite à une alcoolisation aiguë.

**L'activité de liaison (hors urgence)**

Mme Micheline Claudon (Paris)

L'une des origines de l'alcoologie de liaison provient du constat de l'inefficacité de l'attente de la demande telle qu'elle nous était proposée, cette attitude passive aboutissant trop fréquemment à la mort du patient.

Une réflexion sur l'inadaptation de cette posture a conduit un certain nombre de cliniciens à faire l'avance de la demande, en initiant la démarche à partir des conséquences somatiques, sociales ou familiales des conduites d'alcoolisation, tout en présentant au patient la consommation d'alcool comme une solution avant d'être un problème.

Cette clinique suppose l'adhésion des somaticiens qui, faisant appel à une équipe venant au lit du malade, reconnaissent implicitement la maladie addictive comme distincte des complications somatiques et envisagent une temporalité propre à l'addiction.

Ainsi, les équipes de liaison constatent – et parfois déplorent – que leur intervention n'ait (en apparence) aucune incidence immédiate sur l'attitude et le discours du patient... Une approche rétrospective témoigne qu'il s'agit bien davantage, dans ce premier temps de la rencontre, de tenter d'instaurer un climat de confiance que d'obtenir une adhésion immédiate au soin proposé... À ce niveau, interroger le poids des représentations dans l'absence de formulation d'une demande permet d'éclairer différemment ce désir de rencontre qui peut parfois sembler unilatéral... Plus qu'un refus de soin ou de dialogue, c'est souvent la crainte d'être assimilé à un (et plus encore une) "alcoolique" qui retarde l'émergence d'une démarche, à laquelle s'ajoute l'ambivalence d'un patient qui, à ce stade, peut désirer supprimer les conséquences négatives de sa consommation tout en conservant les "bons" effets...

L'information, conçue comme un outil thérapeutique, peut aider à contourner le déni, notamment à travers l'évocation des effets psychotropes du produit, mais aussi en nommant ce que les patients stabilisés nous apprennent sur la souffrance de la dépendance.

À ce jour, il semble difficile d'isoler des facteurs prédictifs du devenir de cette première rencontre, ce qui revient à interroger ce qui fait "rencontre"... et peut dans ce contexte spécifique aboutir à une acceptation immédiate comme à un refus (réel ou apparent)... La question de la temporalité déterminante dans cette approche

peut encourager les équipes à accepter que l'évolution de stades en termes de motivation portera ses fruits plusieurs années après cette première rencontre.

Cette temporalité peut-être accélérée par la rencontre avec des semblables, notamment dans le contexte d'un groupe de parole par l'identification à un possible hors alcool.

Enfin, la répétition de propositions de soin nous invite à poursuivre notre réflexion autour de la consommation contrôlée qui, pensée comme une étape vers l'arrêt ou stabilisée, pourrait peut-être permettre de faire l'économie de la rupture de la relation.

**Les réseaux :  
un outil de coordination**

Président : Dr Frédéric Brouzes  
(Pointe Noire)

Modérateur : Dr Philippe Castera  
(Bordeaux)

**L'évolution des réseaux**

M. Stéphane Fisch (DGOS, Paris)

**Exemple de prise en charge  
d'un patient dans un réseau  
addictologique territorial**

Dr Louis Demondion,

Dr Anne-Marie Brieu de (Blois)

Autour d'une situation clinique complexe en addictologie, mêlant polyaddictions, problématique psychique et difficultés sociales, nous aborderons ensemble les différentes étapes et outils utilisés dans le cadre de la coordination des soins de santé proposé par le Rézo Addictions 41.

La coordination des soins de santé nécessite une collaboration active, partenariale et sans hiérarchisation des différents professionnels gravitant autour d'une situation humaine, où le respect de chacun, le non-jugement ouvrent la possibilité de discuter ensemble et avec cette personne des modalités et des possibilités de chacun afin d'aboutir à la résolution de ses problèmes prioritaires. Les axes de travail discutés et élaborés ensemble, soit dans le cadre d'une évaluation des besoins et des demandes du sujet en visite à domicile, soit en consultation addictologique avec coordination téléphonique avec les acteurs de proximité, soit dans les concertations cliniques de niveau 2 avec le

patient, permettent à chacun de se centrer sur sa spécificité dans une stratégie d'accompagnement global, fondant l'alliance thérapeutique. Nous aborderons la place des libéraux : médecin généraliste, du pharmacien d'officine et de l'infirmière, celle du psychiatre référent, des institutions de la psychiatrie institutionnelle, de l'hôpital, des soins de suite en addictologie, des cliniques psychiatriques et des acteurs sociaux : curatelle et assistante sociale. Pourrions-nous définir un parcours de soins coordonné ou un accompagnement personnalisé en utilisant les outils de soins de santé existants ?

**Des réseaux, des réponses.****Panorama**

Pr Romain Moirand (Rennes)

Le but de cette intervention est de présenter les actions concrètes que les réseaux d'addictologie ont mises en place pour répondre à la prise en charge des patients. Le travail s'appuie sur les documents produits par le collectif de réseaux de santé Addictions constitué par la Fédération addiction, sur les sites internet des différents réseaux et sur les renseignements fournis par certains d'entre eux.

Le soutien à la coordination des acteurs et l'appui à la pratique aux professionnels sont deux objectifs qui sous-tendent la plupart des actions. Certaines sont communes à de nombreux réseaux. Il en est ainsi de permanences téléphoniques accessibles aux professionnels, permettant un contact avec un médecin "expert", plus rarement une assistante sociale ou une infirmière. Ce contact permet de proposer une aide à l'orientation en fonction du tableau présenté et du lieu du demandeur.

Quelques réseaux proposent une consultation avec un médecin généraliste habitué à la prise en charge des addictions, différent du médecin traitant, qui va proposer une orientation matérialisée par un plan personnalisé de soin (PPS), ouvrant éventuellement la voie à l'organisation d'une prise en charge hospitalière rapide par le réseau. D'autres, une réunion au cabinet du médecin traitant avec une personne du réseau (médecin, délégué de santé) et le patient.

Un réseau propose des protocoles de sevrage ambulatoire (alcool, opiacés) ou de mise sous traitement de substitution associant infirmière libérale et médecin traitant, avec des documents formalisés pour les deux professionnels et l'organisation d'une rencontre conjointe avec le patient.

De nombreux réseaux organisent des rencontres pluridisciplinaires autour de situations cliniques posant problème : soit réunion de synthèse ou intervision rassemblant tous les professionnels s'occupant d'un patient, avec la présence de celui-ci, soit échanges de pratiques où les participants soumettent une situation aux autres, avec le soutien de professionnels de l'addiction.

Quelques réseaux proposent un dossier partagé spécifique, informatisé ou papier, qui sera enrichi par chaque professionnel et partagé entre eux, permettant une coordination améliorée.

Comme autre action de coordination, on trouve des visites aux médecins, pharmaciens, médecins du travail ou CDAS pour présenter les possibilités de prise en charge locale et les outils de coordination du réseau, des dispositifs d'appui en vue du maintien ou du retour à domicile (dans des réseaux plurithématiques), et l'ouverture de coopération avec les maisons de santé et d'autres réseaux. Dans les actions d'appui, on peut citer le financement de prestations dérogatoires (consultations de diététique ou psychologiques, traitement de substitution...) ou un service d'accompagnement au soin par des bénévoles formés par le réseau.

Les formations sont un incontournable des réseaux, elles participent à la coordination en faisant se connaître les acteurs entre eux, de par leur caractère pluriprofessionnel et décentralisé. Enfin, les sites internet permettent en particulier de diffuser des protocoles validés, les adresses des ressources locales régulièrement mises à jour, de la documentation.

Toutes ces actions sont caractérisées par leur caractère pluriprofessionnel, touchant les médecins libéraux, en particulier généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens, les psychologues, parfois les travailleurs sociaux, en association avec les structures spécialisées en addictologie et en psychiatrie, ambulatoires ou résidentielles.

Enfin, les réseaux participent à un diagnostic de territoire et à une veille partagée, en veillant à rassembler tous les acteurs existant dans le champ géographique du réseau et en faisant partager les informations sur les évolutions locales de l'offre de soin.

## • Jeudi 19 mars 2015

### **Allocution de la Présidente de la Mildeca**

Mme Danièle Jourdain-Menninger,  
Dr Gilles Lecoq (Paris)

## **Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement**

Présidente : Dr Claudine Gillet (Nancy)

Modérateur : Dr Alain Rigaud (Reims)

### **Les RPC de la SFA dans le paysage international. Des choix méthodologiques pragmatiques**

Pr Karl Mann (Eufas, Mannheim)

### **Méthodologie des Recommandations**

Pr François Paille (Nancy)

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont "des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données". Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs) une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science, destinée à aider la prise de décision dans le choix des soins, à harmoniser les pratiques, à réduire les traitements et actes inutiles ou à risque. La Société française d'alcoologie (SFA) a décidé en 2013 d'actualiser ses recommandations qui avaient été écrites, pour l'essentiel, entre 1999 et 2004, alors que, pendant cette période, les données scientifiques et les concepts ont beaucoup évolué.

L'élaboration de RBP implique une démarche rigoureuse et explicite pour élaborer des recommandations valides et pertinentes :

- concises pour être facilement utilisables ;
- gradées, en accord avec les niveaux de preuve identifiés, ou, en l'absence de preuves scientifiques, résultant d'un accord d'experts ;
- non ambiguës ;
- répondant aux questions posées.

L'objectif de ces recommandations est d'amé-

liorer la qualité de la prise en charge des personnes présentant un mésusage de l'alcool. Elles concernent tous les patients présentant un mésusage de l'alcool. Elles sont essentiellement destinées aux médecins généralistes, aux addictologues et, de façon générale, à tous les professionnels de santé, médecins ou non-médecins, qui prennent en charge des patients présentant un mésusage d'alcool.

Le déroulement général de l'élaboration de la RBP repose sur un comité de pilotage, deux groupes de travail et quatre étapes :

- Le comité de pilotage a constitué un groupe de travail et un groupe de lecture. Il a créé les conditions permettant la réalisation des recommandations. Il a défini 19 questions balayant le champ de l'alcoologie (définitions, repérage et évaluation, traitements) auxquelles le groupe de travail a apporté des réponses.

- Le groupe de travail comprenait 18 professionnels de santé de formation, d'exercice et d'origine géographique divers et des représentants de mouvements d'entraide. La présente RBP ayant une dimension internationale, le groupe de travail a été coordonné par deux coprésidents, le président de la SFA et le président de l'European Federation of Addiction Societies (EUFAS). Le groupe de travail a rédigé les propositions de recommandations soumises au groupe de lecture, puis a finalisé les recommandations tenant compte des avis des relecteurs.

- Le groupe de lecture a intégré 37 professionnels également d'horizons différents et des représentants de patients. Il a donné un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale de la recommandation, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. La dimension internationale de la RBP a été validée par un second avis consultatif demandé à quatre experts membres de l'EUFAS.

Les quatre phases du déroulement de la RBP :

- Phase de revue systématique et synthèse de la littérature : elle aboutit à la production d'un argumentaire scientifique et d'une liste de propositions de recommandations à soumettre au groupe de travail.

- Phase de rédaction de la version initiale des recommandations : les membres du groupe de travail rédigent la version initiale des recommandations à soumettre au groupe de lecture.

- Phase de lecture : elle aboutit à la production d'un rapport d'analyse qui collige l'ensemble des cotations et des commentaires des membres du groupe de lecture.

- Phase de finalisation des recommandations :

le groupe de travail rédige les recommandations définitives en tenant compte des remarques et avis du groupe de lecture.

Il est prévu de décliner ces recommandations dans des documents de synthèse adaptés à l'exercice professionnel de catégories particulières, comme les médecins généralistes.

### **CIM versus DSM**

Pr Romain Moirand (Rennes)

Il existe deux systèmes de classification du mésusage d'alcool, la classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> version (CIM-10) et le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) dans ses versions 4 (DSM-IV) et 5 (DSM-5). Alors que la CIM-10 et le DSM-IV semblaient se correspondre, le DSM-5 a apporté un changement (disparition de l'abus et de la dépendance, remplacés par le diagnostic unique de "alcohol use disorder" – traduction non officielle : "trouble de l'usage de l'alcool" – gradé en *mild, moderate* ou *severe*), qui ne sera pas suivi par la 11<sup>e</sup> version de la CIM. La Société française d'alcoologie a choisi de conserver comme référence la CIM-10.

La comparaison des systèmes de classification montre en fait que les critères diagnostiques de la dépendance ou du trouble de l'usage de l'alcool restent très superposables, avec un seuil diagnostique abaissé pour le DSM-5. Aucun ne fait ressortir la notion d'usage à risque, ce qui peut tout à fait se comprendre car il ne s'agit pas d'une maladie.

En revanche, la CIM-10 fait ressortir le diagnostic d'utilisation nocive pour la santé, qui correspond à une consommation préjudiciable pour la santé, les complications pouvant être physiques ou psychiques, chez un patient ne répondant pas au diagnostic de dépendance. Ce diagnostic n'est en fait pas superposable au diagnostic d'"abus" du DSM-IV. Ces patients, en particulier ceux qui n'ont aucun critère de dépendance, ne sont donc pas reconnus par le DSM, alors qu'ils représentent une population importante, en particulier en médecine générale. Il est apparu important au groupe de travail sur les recommandations de conserver leur visibilité.

### **Les points saillants du point de vue du médecin généraliste : ce qui a changé depuis 2001**

Dr Francis Abramovici (Lagny-sur-Marne)

• Une évolution des consommations  
Les adultes : depuis 15 ans, la diminution de la

consommation quotidienne de l'alcool perdure, même si elle a tendance à ralentir.

Les jeunes : il en est autrement chez les jeunes, car dans le même temps on note une augmentation de leurs conduites d'alcoolisation aiguë. Sans rejoindre celle des pays nordiques ou de la Grèce (étude ESCAPADE – <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consumees-par-habitant/>), cette consommation rend utile un travail de prévention : abord systématique de la question alcool à tout âge, mais en particulier lors d'une consultation pour tout motif, comme celui des vaccinations de l'adolescence.

De même, la conduite automobile avec alcoolémie positive semblent persister, peut-être plus chez les jeunes que chez les adultes : ce sont plus souvent ceux que l'on voit en commission de permis de conduire pour ce motif. S'agit-il d'une conduite à risque frisant l'ordalie, identique à celles de l'abandon du préservatif chez certains de la nouvelle génération (voir *Conduites à risque* de David Le Breton) ? Ou d'un changement sociétal car, en même temps, on note un doublement du nombre d'interpellations pour usage de drogues (dont le cannabis), passant de 70 000 à 135 000 par an ([http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T1s0F094](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T1s0F094)).

Les femmes : il s'agit là d'une impression ; il me semble qu'il y a une plus grande fréquence des femmes consultant spontanément pour des difficultés vis-à-vis de l'alcool qu'autrefois. La dénégation semble moins systématique, mais le changement est-il certain ? Et est-il lié à l'attitude des médecins pratiquant les entretiens motivationnels, ou à l'image de la femme qui tend à devenir plus égalitaire avec celle de l'homme ?

• L'injonction thérapeutique, le permis de conduire et ses visites

La baisse du taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite automobile s'accompagne d'un nombre d'amendes pour ce motif ayant presque triplé en 15 ans (22 000 à 64 000 ; il représente la moitié des peines pour alcoolémie au volant). Un changement de l'organisation des commissions de permis de conduire, constituées en première instance de médecins généralistes, s'accompagne d'une tendance à utiliser ce lieu comme une incitation aux soins et pas comme un lieu uniquement de sanction.

• Le repérage précoce – intervention brève (RPIB) et les entretiens motivationnels  
Depuis la mise en place de l'action "Boire

moins, c'est mieux" visant à intervenir en amont de la dépendance, des formations au RPIB auprès de groupes de médecins généralistes ont permis de franchir un premier pas pour les aider à changer de posture. Le RPIB puis les formations structurées aux entretiens motivationnels mettent l'accueil, l'aide, le soutien et l'accompagnement du patient au premier plan, en remplacement du jugement moral et de l'interdiction comme armes thérapeutiques, armes mises si souvent en échec qu'en découlait un découragement du médecin généraliste. Les formations aux entretiens motivationnels ont également permis de renforcer ce changement de posture. La notion de temps nécessaire, différent du temps de la pathologie aiguë, permet au médecin généraliste de ne plus se débarrasser de la difficulté en prescrivant une – souvent – énième cure de désintoxication.

• Le baclofène

Le baclofène est souvent perçu par les patients comme traitement miracle, leur redonnant de l'espoir. Or, l'espoir du patient comme du médecin fait partie des conditions nécessaires à la réussite d'une relation thérapeutique. Le patient venant demander au médecin un produit entre dans une démarche pouvant permettre au médecin d'entamer un processus thérapeutique mixte : le médicament devient un médiateur de la relation par ses précautions de prescription. Justifiant la nécessité d'une fréquence de consultations différente de l'habitude, avec des rendez-vous plus rapprochés, ce que le seul besoin de suivi psychologique ne justifie pas forcément aux yeux du patient, il peut permettre un travail parfois efficace.

Au total, si les patients pensent souvent que le médecin généraliste est son interlocuteur privilégié dans les cas de difficulté avec l'alcool, le médecin généraliste qui se forme est, depuis 15 ans, moins découragé. Il peut accepter de consacrer un temps de dépistage et d'aide dans une posture d'accueil et d'accompagnement, même si les contraintes des changements démographiques pourraient l'en dissuader.

### **Résultats de l'enquête SFA : confrontation des prises en charge validées et des prises en charge effectives**

Pr Maurice Dematteis (Grenoble),  
Dr Frédéric Brouzes (Pointe Noire)

## Sessions parallèles

### Formation à la méthodologie de publication

#### 1<sup>es</sup> Rencontres de la revue *Alcoologie et Addictologie*

Dr Ivan Berlin (Paris)  
Pr Amine Benyamina (Villejuif)

L'objectif de cet atelier est de familiariser les participants avec la méthodologie des essais cliniques et, par cela, les aider à préparer des manuscrits de bon niveau dans le domaine de l'alcoologie et de l'addictologie.

Aujourd'hui, le critère principal de jugement d'un manuscrit soumis pour publication dans les revues à comité de lecture (*peer review*) est sa qualité méthodologique. Le lecteur d'un article médical doit se poser la question suivante : puis-je avoir confiance en les résultats présentés par les auteurs ou non ? C'est la qualité méthodologique qui lui permettra de porter un jugement sur la validité des résultats et leur applicabilité/généralisation à la pratique clinique. Or, toute publication doit avoir pour objectif l'augmentation des connaissances pour améliorer la prise en charge. De ce fait, les auteurs d'une publication ont une responsabilité morale vis-à-vis des personnes prises en charge.

Malheureusement, la méthodologie d'un grand nombre de manuscrits soumis ne correspond pas encore au standard international ou même national. C'est pourquoi nous avons souhaité organiser un atelier méthodologique des publications qui, espérons-le, sera réédité chaque année lors des Journées de la SFA et sera un outil de formation continue méthodologique. L'objectif final est de promouvoir les publications d'articles d'auteurs français dans le domaine de l'alcoologie et de l'addictologie, aussi bien en langue française qu'anglaise.

### Communications libres De la théorie à la pratique

Président : Dr Benoît Fleury (Bordeaux)  
Modératrice : Dr Isabelle Rocher (La Roche-sur-Yon)

### *Chaa, Ccaa, Csapa, Cap 14-Anpaa* **75 : 30 ans d'activité**

Dr Éric Hispard (Paris)

Comment une structure de proximité s'est-elle adaptée aux questions que pose l'accompagnement des personnes en difficulté avec les produits psychoactifs ? De novembre 1983 à décembre 2013, le centre Cap 14 a reçu 6 510 patients et a proposé un peu plus de 100 000 consultations. L'équipe a modifié ses propositions thérapeutiques en prenant en compte l'évolution des pratiques addictives du public et celles du discours théorique et des pratiques cliniques dans le champ médico-psychosocial.

### **Alcoologie multiple, patient unique : le lien**

M. Bruno Perez (Illiers-Combray)

Pour réfléchir ensemble à l'optimisation du parcours de soin du patient souffrant d'addiction, le CALME d'Illiers-Combray et celui de Cabris ont organisé en 2013 et 2014 deux colloques, réunissant de nombreux acteurs de terrain (Csapa, Elsa, médecins généralistes de ville, services d'addictologie, dont plusieurs membres élus de la SFA) et professionnels d'établissements de cure résidentielle pratiquant la thérapie institutionnelle.

Quatre risques sont apparus :

- ne pas dépasser la première réponse à la situation ou au symptôme évoqués, c'est-à-dire ne pas interroger l'arrière-plan addictologique ;
- se contenter de notre seule réponse spécialisée, sans travailler en complémentarité ;
- en fractionnant la prise en charge par des temps, lieux et équipes différents, augmenter les risques de réalcoolisations intermédiaires, de perte du capital-confiance envers les soignants et de méconnaissance des particularités du patient ;
- en ne traitant que l'addiction elle-même, en soulageant la souffrance conséquente, de conforter involontairement le patient dans sa démarche d'évitement de ses difficultés psychoaffectives d'origine.

L'essentiel de la thérapie institutionnelle est alors de permettre au patient la prise de conscience que sa conduite a du sens. Cependant, il n'existe pas de profil-type du "patient-indiqué" : on ignore, au fond, quels seront les facteurs qui agissent, on ne peut décider à l'avance ce que le patient va prélever dans ce type de cure.

Nous rendons hommage au Dr Jean Oury (décédé entre les deux colloques) qui avait, avec quelques autres, ouvert la porte d'une alter-psychiatrie basée sur la rencontre.

L'optimisation du parcours de soin des patients souffrant d'addiction passe donc nécessairement par la connaissance mutuelle de tous les acteurs et de leurs spécificités, par la modestie de reconnaître sa propre incomplétude de soignant, par le décentrage d'avec le symptôme addictif, et la prudence devant l'illusion tentatrice d'un remède ou d'une solution miracle.

### **Bilan neuropsychologique chez le patient alcoolo-dépendant.**

#### **Quelle place en structure ambulatoire ? Et quelles conséquences pour le soin ?**

Mme Ambre Woodward Kanza,  
Mme Mélody Cumbo, Dr Éric Peyron (Lyon)

Dans notre structure de soin ambulatoire accueillant des patients alcoolo-dépendants issus de différentes structures de soin, nous pratiquons systématiquement pour chaque patient un bilan neuropsychologique. Celui-ci cherche à explorer le fonctionnement cognitif (attention, mémoire, fonctions exécutives). Le but est d'apprécier l'impact de l'alcool sur le fonctionnement cognitif. Il est réalisé au cours de quatre entretiens d'une heure par une neuropsychologue, chez des patients qui n'ont pas consommé d'alcool le jour de la réalisation de ce bilan.

Parallèlement, les patients bénéficient d'une prise en charge principalement orientée sur les techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Pour les patients alcoolo-dépendants pré-contemplatifs, la prise en charge s'organise autour d'un travail sur l'alliance thérapeutique et un travail motivationnel en groupe. Celui-ci est complété par un travail sur les émotions, médié soit par un travail corporel, soit par un travail avec un artiste. Pour les patients sevrés de l'alcool, un travail en prévention de rechute associé, suivant les cas, à un travail en pleine conscience est assuré. Ces prises en charge en groupe peuvent être associées à une prise en charge individuelle.

Les résultats des bilans neurocognitifs ont permis de mettre en évidence pour certains un déficit de certaines fonctions : la mémoire épisodique, principalement dans sa modalité visuelle, les fonctions exécutives, notamment

au niveau des processus de planification et d'inhibition.

Ces résultats, en accord avec les données de la littérature, objectivent la nécessité de repenser les modalités de prise en charge. En effet, l'atteinte d'une ou plusieurs fonctions cognitives pourrait entraîner des difficultés importantes dans l'acquisition des outils thérapeutiques proposés. Mais est-ce seulement le nombre de fonctions cognitives altérées ou l'intensité de l'altération d'une fonction qui doit nous faire modifier le schéma de soin proposé ? Et enfin, la mise en évidence d'altération cognitive ne risque-t-elle pas de mettre en discordance nos patients, entre une volonté de changement et une impossibilité cognitive au changement ? Discordance qui, on le sait, peut être source de réalcoolisation.

### **Les troubles cognitifs liés à l'alcool**

Dr François Vabret (Caen)  
et le Groupe de travail du COPAAH

La prévalence des atteintes cognitives des patients suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool est largement sous-estimée, et l'origine d'importantes répercussions pour l'individu, réduisant ses capacités de contrôle, aggravant progressivement les répercussions de l'alcool sur ses conditions de vie et conduisant à une perte d'autonomie. Ces troubles, de nature et de sévérité variables, sont dominés par un dysfonctionnement exécutif, des troubles de la mémoire épisodique, des troubles de la motricité et de l'équilibre, auxquels s'ajoutent des désordres émotionnels et de la cognition sociale. Ils entraînent une difficulté du patient à appréhender les dommages issus de sa consommation d'alcool, une altération des facultés d'introspection et d'autocritique et conduisent à des difficultés de prise de décision à changer de comportement, contrastant avec une sur-estimation des capacités à y parvenir.

Un groupe de travail sous l'égide du COPAAH a réalisé une revue des connaissances en neuro-imagerie et neuropsychologie sur les troubles cognitifs issus de la consommation aiguë ou chronique d'alcool. Cette synthèse incite à créer une nouvelle entité nosographique, celle des "troubles cognitifs liés à l'alcool" ou TCLA, intégrant l'ensemble des formes cliniques et distinguant trois niveaux de sévérité. Elle encourage à un repérage précoce des troubles derrière des tableaux initiale-

ment peu spécifiques, afin de permettre une orientation adéquate vers la filière spécialisée. Elle conduit enfin à traiter ces atteintes neuropsychologiques qui sont longtemps réversibles et à développer des techniques visant à restaurer le fonctionnement antérieur ou à s'adapter aux handicaps lorsque le stade des séquelles est atteint.

### **Intérêts de la remédiation dans une unité de sevrage alcoolique**

M. Étienne Wagner, Dr Pascal Gache  
(Bletterans)

Les patients alcoolo-dépendants souffrent généralement de troubles des fonctions cognitives et particulièrement des fonctions exécutives qui sont les premières à être détériorées par l'alcool. Ces troubles ont une incidence directe sur la capacité de rétablissement des patients. En effet, plus les fonctions exécutives sont atteintes, plus la probabilité de rechute est grande. La remédiation cognitive est connue pour accélérer la restauration des fonctions cognitives.

Objectifs : mesurer le degré de détérioration des fonctions cognitives dans une population d'alcoolo-dépendants en sevrage résidentiel et évaluer l'adhésion à la remédiation cognitive comme outil thérapeutique dans une prise en charge résidentielle

Méthodes : les patients admis en sevrage entre le 2 mai et le 12 novembre 2014 ont passé le test MoCA (*Montreal cognitive assessment*) à leur entrée en séjour résidentiel. Ce test permet de repérer les patients ayant des troubles des fonctions exécutives. Le score maximum est 30. Un score en dessous de 26 est considéré comme pathologique ; en dessous de 23, il signe une atteinte sévère. En fonction du résultat, ils ont participé à 24 séances de remédiation cognitive dont l'objectif est de les aider à récupérer plus vite l'intégrité de leurs fonctions exécutives. Ces séances sont centrées sur les capacités d'attention, de mémoire de travail, la flexibilité mentale et l'initiation.

Résultats : les patients, 47 hommes et cinq femmes, étaient âgés de 26 à 60 ans. La moyenne d'âge était de 46 ans ( $M = 44$  ;  $SD = 15,51$ ). Les résultats du MoCA s'échelonnent de 16 à 30 avec une moyenne de 25 sur une distribution de type normal.

Discussion : les patients alcoolo-dépendants présentent des troubles des fonctions exécu-

tives dont ils n'ont souvent pas conscience. L'évaluation de ces fonctions et leur prise en charge par la remédiation cognitive est un facteur de motivation et d'adhésion au traitement car elle permet une approche objective des conséquences de la dépendance sur le fonctionnement du patient.

### **Trouble de l'usage d'alcool, sexualité et... dysfonctions sexuelles**

Dr Michaël Bisch, Dr Hervé Martini  
(Nancy)

Les liens étroits entre consommation d'alcool et sexualité humaine ont été évoqués et explorés depuis de nombreuses années, tant sur un plan sociologique que psychologique, puis médical. Apparaissent ainsi pêle-mêle dans la littérature l'effet d'attente, la connaissance ancienne d'une toxicité neuroendocrinienne sur l'axe gonadotrope, le fonctionnement de couple, mais aussi les agressions sexuelles agies ou subies sous l'emprise d'alcool. Toutefois, la nature exacte du lien entre trouble de l'usage d'alcool et dysfonction sexuelle reste méconnue.

La médicalisation globale de la prise en charge des dysfonctions sexuelles s'est opérée de manière très asymétrique en fonction du sexe des patients. En effet, bien que cette distinction soit scientifiquement peu étayée, la dysfonction sexuelle masculine est perçue sur un plan somatique et dans un registre de performance, tandis que la dysfonction sexuelle féminine est majoritairement entendue sur un plan psychologique. Ainsi, la dysfonction sexuelle chez la personne présentant un trouble de l'usage d'alcool se trouve à la croisée des représentations sur l'alcool et la sexualité humaine.

Nous nous proposons de présenter une revue de la littérature scientifique traitant des dysfonctions sexuelles chez les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool pour sortir de ces représentations, proposer des pistes d'explication de la nature du lien entre alcool et dysfonction sexuelle, et envisager des modalités de détection et de prise en charge.

## **Conférence**

**Vers une médecine des désirs**  
Pr Michel Lejoyeux (Paris)

• Vendredi 20 mars 2015

## La recherche translationnelle en addictologie

Présidente : Pr Florence Thibaut (Paris)

Modérateur : Pr Amine Benyamini (Villejuif)

### **L'alcoolisation à l'adolescence : des atteintes cérébrales à la behavioural economics en passant par la modélisation animale**

Mme Stéphanie Alaux-Cantin, Mme Judith André, M. Fabien Gierski, Mme Theodora Duka, M. Jérôme Jeanblanc, M. Rémi Legastelois, M. Benoît Silvestre de Ferron, M. Olivier Pierrefiche, Mme Margaret Martinetti, Pr Martine Daoust, M. Alexandre Steyer, Mme Catherine Vilpoux, Pr Mickaël Naassila (Amiens)

Les drogues en général et l'alcool en particulier sont consommés dès l'adolescence. Concernant l'alcool, les consommations s'intensifient pendant les années collège, et la modalité dite de *binge drinking*, qui correspond à des intoxications massives et rapides, nous interroge tant sur les motivations qui poussent à ce comportement destructeur que sur les conséquences d'un tel comportement.

Différents projets collaboratifs en cours visent à répondre à plusieurs questions sur cette problématique, comme par exemple :

- Quelle est la prévalence de ce comportement en population étudiante et quels sont les traits de personnalité associés ?

- Quelles sont les conséquences sur le cerveau et son fonctionnement dans des populations d'étudiants ?

- Quels sont les facteurs environnementaux qui peuvent diminuer la consommation d'alcool ?

- Quels sont les effets à long terme en termes de vulnérabilité à l'addiction et comment le modéliser chez l'animal ?

La présente intervention a pour objectif de commencer à répondre à ces différentes questions en s'appuyant sur la complémentarité entre les études réalisées chez l'homme et celles réalisées grâce à la modélisation animale.

### **Circuits neuronaux dysfonctionnels dans les conduites addictives : perspective translationnelle multidisciplinaire et longitudinale**

Mme Véronique Deroche-Gamonet (Bordeaux)

L'addiction est une pathologie complexe ; elle est associée à des dysfonctionnements des processus qui contrôlent motivation, émotions, apprentissage, inhibition comportementale... Il n'est donc pas surprenant que sa pathogénie soit mal comprise et que les possibilités de traitement restent insuffisantes.

Des données suggèrent que la recherche pathologique de drogue pourrait résulter du développement progressif d'un déséquilibre entre les réseaux neuronaux qui gèrent les propriétés motivationnelles de la drogue et ceux qui sont impliqués dans l'inhibition comportementale. De nombreuses données sur les structures cérébrales mises en jeu dans l'addiction ont été collectées au cours des dernières décennies. Néanmoins, l'altération de leur fonctionnalité en réseau au cours de la genèse du comportement addictif reste méconnue.

Dans ce contexte, il apparaît de façon consensuelle qu'un parallèle entre modèles cliniques et précliniques, au moyen de la neuroimagerie anatomique et fonctionnelle, serait une étape décisive. Mais une telle approche translationnelle n'a de valeur qu'à deux conditions. D'une part, elle doit mettre en œuvre des stratégies et des modèles expérimentaux fiables. D'autre part, elle doit être complétée par une étude précise, chez l'animal, des constituants cellulaires et des changements de connectivité qui touchent ces réseaux.

Nous proposons une approche intégrée de l'étude des réseaux neuronaux impliqués dans l'addiction. Elle repose sur une stratégie translationnelle innovante et une investigation approfondie des circuits neuronaux identifiés, au moyen notamment d'approches électrophysiologiques multisites couplées à l'optogénétique.

### **Les apports des modèles animaux au développement des stratégies chirurgicales pour le traitement de l'addiction**

Mme Christelle Baunez (Marseille)

Depuis le milieu des années 1990, les stratégies chirurgicales ont connu un regain d'in-

térêt dans le cadre de pathologies neurologiques, telles que la maladie de Parkinson. Afin de soulager le patient parkinsonien de ses troubles moteurs, on lui applique en effet une stimulation à haute fréquence (SHF) dans le noyau subthalamique (NST) (Limousin et al., 1995). Les effets moteurs sont spectaculaires, mais les effets non moteurs peuvent être variables.

Il est intéressant de noter que cette technique a été développée et appliquée dans d'autres régions du cerveau pour diverses applications, notamment psychiatriques, telles que la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Le NST est d'ailleurs une cible thérapeutique d'intérêt pour les patients souffrant de TOC (Mallet et al., 2008).

Dans le domaine des addictions, quelques groupes ont commencé à appliquer la SHF dans le noyau accumbens, mais nos travaux chez le rat suggèrent que le NST pourrait représenter une cible beaucoup plus intéressante pour un éventuel traitement de l'addiction à la cocaïne, l'héroïne, voire l'alcool. En effet, l'inactivation du NST par lésion ou SHF a un effet bénéfique sur divers test comportementaux mimant certains critères de l'addiction.

### **Le diagnostic non invasif de la fibrose hépatique par le FibroScan® dans la maladie alcoolique du foie : méta-analyse avec des données individuelles**

Pr Éric Nguyen-Khac (Amiens)

## Actualités thérapeutiques

Président : Pr François Paille (Nancy)

Modérateur : Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

### **Enquête SFA de suivi des prescriptions de baclofène**

Dr Benjamin Rolland (Lille)

### **La RTU baclofène**

Dr Philippe Vella (Saint-Denis)

### **Le baclofène : une innovation de rupture ?**

M. Samuel Blaise (Paris)

### **Comment les nouveaux paradigmes en alcoologie influencent-ils la dynamique des mouvements d'entraide ?**

Dr Yannick Le Blévec (Astillé),  
Mme Agnès Arthus-Bertrand (Sèvres)

Baclofène, nalméfène, ces nouvelles molécules utilisées en alcoologie vont-elles changer l'accompagnement thérapeutique des malades alcooliques ? Pourra-t-on apprendre à gérer sa consommation d'alcool sans passer par une abstinence complète ?

Les groupes d'entraide laissent aux médecins la décision du traitement médicamenteux en tant que tel ; parallèlement, ils tiennent compte de ses effets dans leur approche de la maladie. Historiquement, tous les groupes d'entraide ont toujours mis en avant l'abstinence d'alcool et valorisent leurs membres en fonction de l'ancienneté de celle-ci.

Actuellement, l'objectif de l'accompagnement des groupes tend plutôt vers une amélioration de la qualité de vie du malade : l'abstinence du début de la maladie est très difficile à envisager chez les malades, en particulier chez les jeunes, l'alcool étant associé à tous les événements festifs. Une aide avec la possibilité de gérer sa consommation (consommation contrôlée) est une ouverture que les nouvelles approches thérapeutiques pourraient permettre. Les Alcooliques anonymes, plus pragmatiques, encouragent les malades à essayer de se passer d'alcool sur des périodes brèves (24 heures à la fois). La consommation contrôlée pourrait permettre aux patients peu motivés de rejoindre les groupes d'entraide avec peut-être moins d'appréhension.

Notre objectif a toujours été d'améliorer la qualité de vie des malades. Nous devons main-

tenant aussi prendre en compte leurs demandes d'actions moins restrictives. Il reste évident que pour nous, anciens malades, l'abstinence est le seul et unique moyen d'assurer la santé et la qualité de vie.

La coopération indispensable entre les professionnels et les groupes d'entraide, dans le respect des compétences de chacun, permettra une pleine compréhension de ces nouvelles approches. Ce travail commun, en collaboration étroite entre les professionnels et les groupes, apportera des éléments nouveaux, pour tendre vers un mieux-être des patients.

## **Communication affichée**

### **La cure ambulatoire intensive : ANPAA 73**

Dr Danièle Villard, Mme Céline Baud  
(Chambéry)

Une réflexion d'équipe était engagée pour répondre aux besoins de certains patients qui recherchaient une alternative au parcours de soin classique. Lors d'une journée d'échange de pratiques, l'équipe de l'ANPAA 74 nous a fait part du succès de son programme de sevrage ambulatoire collectif. De cette recherche est née la cure ambulatoire intensive de l'ANPAA 73, proposée comme soin de suite ambulatoire. Depuis la première cure en septembre 2010, deux sessions sont proposées par an.

• Une cure ambulatoire : pourquoi ?  
Le choix de la cure en ambulatoire : alternative à la cure résidentielle, le postulat repose sur la nécessité et l'intérêt de travailler sur le quo-

tidien et l'environnement du patient comme ressources potentielles : famille, groupe social, ressources locales (lieux culturels et de loisirs, associations, etc.) constituent le fil rouge dans le déroulé de la cure : réflexion, expression, sorties.

Le choix de la cure en groupe : choix d'un travail sur la relation entre les personnes, et la dynamique du groupe comme support thérapeutique, pour trouver sa place au sein d'un groupe social.

Le contenu : un travail thérapeutique qui vise à acquérir des connaissances actualisées dans le domaine des addictions, à renforcer image et estime de soi, augmenter la confiance en soi, à réapprendre à gérer le temps, le stress, les émotions, et à réinvestir son corps.

• Une cure ambulatoire : pour qui ?

La cure ambulatoire s'adresse à des patients qui souhaitent consolider leur abstinence en post-sevrage, y compris après un SSRA, ou qui cherchent à se préparer à une cure institutionnelle (SSRA), ou qui se sentent trop fragiles et risquent de rechuter, ou qui recherchent une alternative à un séjour institutionnel, ou qui veulent reprendre le contrôle de leur consommation ou comportement.

• Une cure ambulatoire : comment ?

Sur neuf jours : outils psychothérapeutiques validés, ateliers créatifs et activités à l'extérieur.

• Une cure ambulatoire : quel requis et quel impact sur nos pratiques ?

Le fonctionnement du centre est très impacté pendant les deux sessions annuelles de cure ambulatoire. En effet, l'ensemble de l'équipe participe à l'organisation et à l'animation des ateliers, la psychologue étant le fil rouge. La cure apporte un double effet bénéfique en ce sens qu'elle représente un réel changement de nos pratiques, qui insuffle lui-même une dynamique de changement pour les patients.

