

# Les Journées de la SFA

## Résumés des communications

### Les déterminants de l'efficacité thérapeutique

Coordination : François Paille, Micheline Claudon, Maurice Dematteis, Éric Hispard, Mickaël Naassila, Gérard Ostermann, Isabelle Rocher

#### • Mercredi 15 mars 2017

#### Introduction

Président : Dr Pierre Arwidson  
(Saint-Maurice)

Moderateur : Pr Maurice Dematteis  
(Grenoble)

##### Introduction

Dr Nicolas Prisse (Mildeca, Paris)  
Pr Mickaël Naassila (Amiens)

##### Qu'est-ce qu'un "bon résultat" en alcoologie ?

Dr Amandine Luquiens (Villejuif)

Les résultats retrouvés dans les essais cliniques en alcoologie n'ont pas toujours été investis par les cliniciens, qui se sentent parfois loin du cadre méthodologique et du recrutement de ceux-ci. En effet, la nécessité de montrer une différence statistique entre deux groupes pour montrer l'efficacité d'un traitement, médicamenteux ou psychothérapeutique, pousse à adopter un recrutement de patients moins complexes que ceux rencontrés le plus souvent en clinique. L'organisation même des soins dans les essais est souvent considérée comme peu écologique. Ce cadre a imposé jusqu'à présent l'utilisation de critères de quantité consommée d'alcool, eux-mêmes bousculés

par l'émergence d'essais ciblant un objectif de réduction.

Les réflexions fleurissent sur le sens des résultats démontrés, leur pertinence clinique et leur capacité à prédire le devenir du patient : période de grâce, critères composites, conséquences négatives liées à l'alcool...

Et si la réconciliation des exigences méthodologiques et des considérations cliniques était dans l'adoption du point de vue du patient dans les critères d'évaluation ?

##### Les études médico-économiques sur les médicaments et les psychothérapies

M. Xavier Briffault (Villejuif),  
Mme Anne Dezetter

L'objectif de la communication était de faire le point sur les études médico-économiques récentes évaluant le coût-efficacité des interventions en alcoologie. Dans le cadre de cette brève intervention, nous avons spécifiquement mis l'accent sur un type d'intervention dont l'efficacité et le coût-efficacité ont été largement étudiés dans la littérature internationale, les interventions brèves après *screening* (*screening and brief interventions* – SBI) qui semblent avoir un important potentiel de santé publique. Destinées à être utilisées en soins primaires sur l'ensemble de la population, ces interventions, bien qu'ultra-courtes (cinq à dix minutes par patient en une unique séance), semblent être à la fois efficaces et coût-efficaces, tant dans les analyses coût-efficacité

que dans les analyses coût-utilité.

Nous avons examiné plus précisément les études portant sur les gains en QALY (*Quality-adjusted life years*) menées très récemment dans trois pays européens (trois modélisations et un essai contrôlé randomisé) qui apportent des éléments convergents.

Nous nous sommes également interrogés rapidement en conclusion sur les bouleversements que sont susceptibles d'apporter dans ce champ des interventions brèves les nouvelles technologies connectées, dont on peut imaginer qu'elles pourraient drastiquement diminuer les coûts et éventuellement augmenter l'efficacité des interventions brèves, les rendant donc possiblement encore plus coût-efficaces.

#### Les facteurs individuels influençant les résultats

##### Trajectoires, processus de changement et facteurs communs

Pr Didier Acier (Nantes)

Cette présentation s'est intéressée aux trajectoires de changement de patients dépendants de l'alcool, principalement à partir d'une étude longitudinale réalisée en CSAPA auprès de 152 patients primo-entrants. De nombreux changements positifs sont mesurés entre les deux temps de mesure à six mois d'intervalle, ce

qui est cohérent avec les résultats documentés dans la littérature.

L'analyse comparative des patients demeurant en suivi par rapport aux patients en situation d'abandon de soins permet néanmoins de poser un certain nombre d'hypothèses sur les processus individuels et environnementaux influençant ces changements.

Enfin, la question de la rémission sans traitement a été abordée en lien avec l'exploration qualitative du discours de patients en arrêt de soins. Ce phénomène implique de (re)positionner l'efficacité thérapeutique des traitements au sein d'une constellation de processus de changement, où le sujet va chercher, par le biais des ressources à sa disposition, une façon de parvenir à un équilibre, rappelant, comme le soulignait Karen Horney, que "*la vie est la meilleure des thérapies*".

### **La motivation et les ressources du patient**

Mme Jennifer Régnier (Grenoble)

Partant du postulat que changer est souvent plus difficile que le statu quo, notre réflexion s'est menée autour de la question : comment l'environnement social peut soutenir la motivation au changement de comportement chez le patient souffrant d'une pathologie addictive ? La motivation est un déterminant majeur du type de comportement de santé adopté par l'individu. Ce processus dynamique multidimensionnel est influencé par des facteurs internes et externes, et varie en intensité et dans le temps.

La Théorie de l'autodétermination (TAD) permet de comprendre le lien entre le type de motivation mis en jeu par l'individu et la réalisation du comportement. Aussi, cette théorie avance qu'un environnement social qui soutient les besoins psychologiques fondamentaux de l'individu pourra soutenir sa motivation pour qu'il adopte, pour lui-même, un comportement de santé plus sain.

S'appuyant sur ces éléments, une méthode de communication favorisant une relation avec ses proches plus constructive et apaisée a été élaborée dans le service d'addictologie du Pr Dematteis au CHU de Grenoble. Cette méthode s'appuie sur la TAD, la théorie des stades de changement de comportement, et s'inspire de différentes approches de communication spécifiques à la relation d'aide ou éducative. Sa finalité est de permettre aux

deux partenaires de la relation de trouver une solution acceptable et réadaptable en fonction de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux de chacun.

### **Les comorbidités psychiatriques**

Pr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

### **Les rythmes de vie**

Pr Carmen Schröder (Strasbourg)

## **Les facteurs environnementaux influençant les résultats**

Président : Dr Didier Playoust  
(Andernos-les-Bains)

Modérateur : M. Jean-Claude Tomczak  
(Cocheren)

### **Les obligations de soin : opportunité ou facteur de mauvais pronostic ?**

Dr Éric Hispard, M. Christophe Joncart  
(Paris)

Face à une forme de dénégation de la société dans notre pays, et particulièrement dans le champ médical, il faut la plupart du temps faire l'avance du soin en alcoologie et en addictologie. L'expression de conduite à risque qui aboutit à une obligation de soin constitue l'une des sources d'entrée dans le dispositif thérapeutique. Ainsi, au niveau national, en 2014 (1), 12 % des usagers consultant en CSAPA sont orientés par la justice, ce qui ne représente qu'une partie des obligations de soin.

Au centre Cap 14, antenne du CSAPA ANPAA 75, ils représentaient 10 % des consultants en 2016. "Se soumettre aux mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation", le justiciable découvre donc une formulation imprécise voire anxiogène, dans un jugement avant d'être orienté en alcoologie et en addictologie...

Comment travailler à partir d'une contrainte ? Nous avons fait le choix en 2011 de proposer aux personnes sous main de justice de rencontrer le travailleur social en première intention. À partir de cet entretien initial, il oriente

l'usager au sein de la structure vers les autres professionnels.

Au-delà de la proportion de ces personnes qui s'engagent dans un soin authentique, nous tenterons d'apporter un éclairage sur notre pratique clinique à travers quelques vignettes. Au fond, les soins obligés nous rappellent que toute personne venant demander un soin en alcoologie et en addictologie est toujours dans une forme d'obligation qu'elle soit médicale, psychologique, familiale ou sociale.

### **Référence bibliographique**

1 - OFDT. *Tendances*. 2016 ; (110, juin).

### **L'alcoologie sociale**

Mme Brigitte Legay (Angoulême)

Comment se situer en tant que professionnel, bénévole, entourage amical, social, professionnel, devant une personne présentant un problème alcool ?

Quels propos tenir à la personne concernée ? Comment devenir aidant ? Comment accompagner ?

Et si on modifiait notre façon de voir, de dire et de faire ?

### **Place de l'entourage dans l'aide aux patients**

Dr Lucie Pennel (Grenoble)

De plus en plus d'arguments amènent à penser que l'addiction constituerait une pathologie de la relation. Des origines étymologiques d'esclavage, de dette et donc d'emprise, aux théories systémiques de l'addiction témoin d'une dislocation sociale, en passant par les corrélats neurobiologiques entre consommation et hiérarchie sociale, les conduites addictives semblent révéler de profondes pathologies de l'attachement. L'influence de la famille sur les comportements d'alcoolisation est déterminante : manque de soutien familial, communication restreinte, conflits intrafamiliaux constituent des facteurs prédictifs de conduites addictives chez l'adolescent, l'ensemble entraînant réciproquement chez les proches incompréhension, épuisement, souffrance, renoncement, ruptures...

Face à ce bilan, le programme ETAPE (Éducation, thérapeutique, addiction, patient, entourage) a été créé à partir des stratégies d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel pour répondre aux besoins identifiés chez les entourages des sujets addicts. Les objectifs du

programme sont fonctionnels et pragmatiques, et abordent les problématiques de relation et de communication, les étapes de changement parallèlement à la pathologie addictive et aux stratégies de prise en charge intégrative.

Les premiers résultats de l'évaluation annuelle ont déjà permis de mettre en évidence une amélioration significative de différents indicateurs, notamment la qualité de vie, la souffrance et le sentiment de compétence des entourages vis-à-vis des usagers et/ou patients.

### **Les associations d'entraide et le savoir expérientiel**

M. Jean-Claude Tomczak (Cocheren)

Depuis la fin du XIX<sup>e</sup>, début du XX<sup>e</sup> siècle, les associations d'entraide, quels que soient leurs qualificatifs, ont toujours versé dans l'accompagnement des malades de l'alcool et également de l'entourage.

Les anciens buveurs sont l'un des maillons, et non des moindres, de la chaîne de solidarité qui doit entourer l'alcoolique, considéré comme un malade à tous les stades de son relèvement. C'est d'ailleurs la première pathologie avec prise en charge de malades par des malades.

La tendance des alcooliques à rechercher la compagnie d'autres alcooliques devient un facteur de protection quand ces alcooliques-là ne boivent plus.

L'exemplarité de ces malades abstinents démontrait qu'il était possible de s'en sortir et de retrouver une qualité de vie optimum.

Le savoir expérientiel est acquis, en plus de l'exemplarité, par le partage de la souffrance, l'aide à dépasser le déni, la déculpabilisation et le partage de l'amélioration de la qualité de vie grâce à l'abstinence.

Toutes les associations sont par ailleurs signataires d'une charte commune des associations d'entraide en addictologie, qui définit les valeurs et les compétences communes, les missions, l'engagement qualité.

L'intégration de l'alcoologie dans l'addictologie n'a pas contribué à asseoir nos activités, puisque pour nous la gestion des différentes addictions se révèle non miscible, bien au contraire.

Nous adhérons depuis bien longtemps déjà à un accompagnement des personnes faisant le choix d'essayer la réduction de consommation. La réduction des risques nous la pratiquons déjà dans tous les sens du terme.

L'expérience est faite pour être partagée, en-

core faut-il que les décideurs de stratégies nouvelles ne nous oublient pas et intègrent le milieu associatif des usagers dans les consultations réalisables.

### **Le patient expert**

Mme Micheline Claudon (Paris),

Mme Ariane Pommery

Patient expert, ressource, partenaire, intervenant ou médiateur... Nous nous proposons d'interroger les rôles et fonctions que nous accordons à ces intervenants. S'ils nous sont familiers par notre sensibilité à l'intervention des mouvements d'entraide dans nos structures, il nous faut aujourd'hui explorer les nouveaux rôles qui leur sont attribués.

Le modèle de Montréal nous invite ainsi à concevoir le patient expert de sa maladie, non seulement comme une ressource pour ses pairs, mais aussi et surtout comme un partenaire de soin, un formateur, voire un chercheur...

Quel que soit le domaine de son intervention, le patient expert doit d'abord et avant tout sentir la confiance qui lui est accordée pour exprimer pleinement son potentiel.

En tant que patiente experte intervenant depuis plus de cinq ans dans un service d'addictologie, Ariane Pommery nous éclaire sur l'importance de la confiance accordée en amont par l'ensemble de l'équipe soignante pour lui permettre d'accomplir pleinement et librement sa mission auprès des patients, tout en soulignant la nécessité d'une supervision régulière.

Conscients de l'enjeu sociétal que représente le savoir expérientiel dans toutes ses dimensions, nous sommes invités à une réflexion prospective sur la place du patient expert comme l'un des déterminants de l'efficacité thérapeutique.

### **L'éducation thérapeutique**

Dr Jean-Philippe Lang (Strasbourg)

L'addictologie est une spécialité à l'interface de multiples disciplines des sciences humaines, sociales et médicales. Par ses spécificités, elle s'appuie sur des compétences thérapeutiques relationnelles, une culture de soin médico-psychosociale multidisciplinaire et des patients "sujets" de leur soin. Selon l'Organisation mondiale de la santé, pas moins de cinq maladies mentales, dont les addictions, figurent parmi les dix pathologies les plus préoccupantes de ce début de siècle. De plus, de nombreux

usagers suivis en addictologie sont affectés par d'autres pathologies chroniques somatiques qui impactent fortement leur espérance de vie.

Dans ce contexte, les thérapies psychosociales, comme l'éducation thérapeutique ou la psychoéducation, pourraient s'inscrire dans l'offre de soins de tout usager souffrant de trouble de l'utilisation de substance pour améliorer la morbidité de la maladie et l'aider à devenir un acteur privilégié de son propre soin en améliorant sa qualité de vie.

Néanmoins, alors qu'elles pourraient optimiser les soins addictologiques et être un bon outil de modifications des pratiques professionnelles, leur intégration ne semble pas actuellement à la hauteur des enjeux cliniques. Il convient de s'interroger sur ce qui différencie ces deux types de soins éducatifs, sur les facteurs qui influencent leur "investissement" et sur l'intérêt de développer un "référentiel ETP en addictologie" utilisable par tous.

• Jeudi 16 mars 2017

## Les traitements non médicamenteux

Président : Pr Olivier Cottencin (Lille)

Modérateur : Pr Antoine Pelissolo,  
(Créteil)

**L'effet placebo : une relation qui ne dit pas son nom.**

**Quelle importance ?**

**Quelle place ?**

Pr Gérard Ostermann (Bordeaux)

Deux points de vue sont possibles pour aborder l'efficacité thérapeutique :

- L'efficacité thérapeutique telle que la juge le malade : la preuve par la parole. Nous mesurons chaque jour, en particulier en addictologie, combien la notion "d'efficacité thérapeutique" est dépendante de ce que le patient met sous le terme d'efficacité, pourvu que nous acceptions de valider ce que le patient vit comme un soulagement.

- L'efficacité telle que la juge la médecine scientifique : la preuve par l'essai clinique randomisé contre placebo. La médecine ne peut se fonder uniquement sur les preuves du niveau exigé par l'*evidence-based medicine* car elle s'amputerait alors elle-même de thérapies potentiellement utiles.

Le couplage de l'imagerie anatomique cérébrale et de l'activité fonctionnelle engendrée par différentes activités physiques ou psychiques a pu confirmer la mise en jeu de l'effet placebo tout comme l'importance des phénomènes d'attente et d'anticipation avec intervention de différents neuromédiateurs comme le système opioïde endogène ou le système dopaminergique, entre autres.

Quelles que soient les voies ouvertes vers des approches plus scientifiques du phénomène placebo, on ne peut faire l'économie de la prise en compte de la relation médecin-malade, lieu privilégié de position régressive mettant en scène toute une série d'identifications et de projections, établissant des liens transférentiels et contre-transférentiels.

**L'efficacité du placebo dans les essais thérapeutiques**

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

Le trouble lié à l'usage d'alcool associe des facteurs sociaux, psychologiques et médicaux. Dans sa forme la plus sévère, la dépendance, il est recommandé de fonder le traitement sur la combinaison d'approches pharmacologique, psychologique, sociale et communautaire. Dans cette présentation, nous avons proposé de décomposer la réponse traitement en une part de changement spontané, une part revenant au suivi et à l'effet de l'approche psychosociale, et, pour ceux qui reçoivent un traitement pharmacologique, une part de réponse placebo, ainsi qu'une part d'effet pharmacodynamique.

Nous avons montré que les études souhaitant évaluer l'efficacité d'un médicament à travers un schéma ouvert, sans groupe contrôle ou randomisation, ne peuvent distinguer la part des différentes composantes de la réponse au traitement, notamment la composante pharmacodynamique. Les différentes méta-analyses publiées récemment montrent des tailles d'effet du traitement versus placebo variant entre 0,23 et 0,36 (*standardized mean difference*), selon les médicaments, les critères de jugement et les objectifs thérapeutiques.

Nous avons montré que l'effet des traitements placebo versus contrôle sans médicament a une taille d'effet du même ordre. La réponse placebo – changement observé dans le groupe placebo par rapport à la ligne de base – est quant à elle beaucoup plus importante.

Nous avons présenté des résultats préliminaires d'une méta-analyse montrant les facteurs liés à la réponse placebo.

Nous avons conclu que, pour espérer obtenir une réponse thérapeutique la plus importante possible, il faut sans doute tenter de maximiser chacune des composantes du traitement, y compris l'effet placebo.

**La controverse psychothérapique : facteurs communs ou facteurs spécifiques ?**

Pr Jean-Nicolas Despland (Lausanne, Suisse)

Après une période de remise en question de leur efficacité, suivie de débats passionnés à propos de la comparaison entre les différentes écoles, les psychothérapies ont connu un essor notable, appuyé par de très nombreuses recherches. Parmi les résultats intéressants, il faut souligner : la confirmation de leur

efficacité, l'amplitude notable de la taille de leurs effets (*effect size*), le paradoxe de l'équivalence, la réémergence de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques, le développement de méthodes psychothérapeutiques pour les troubles psychiatriques les plus sévères (schizophrénie et dépressions majeures par exemple), ainsi que l'envol des études de neuroimagerie fonctionnelle.

Il n'en reste pas moins que les mécanismes à l'origine de ces effets restent peu clairs et qu'ils font l'objet de débats contradictoires et de controverses. Parmi celles-ci, la discussion animée portant sur l'impact respectif des facteurs communs (l'alliance thérapeutique et les qualités personnelles du psychothérapeute) et des facteurs spécifiques (la technique du thérapeute et sa compétence dans cette technique par exemple) est particulièrement illustrative et permettra de faire le point sur l'état des connaissances relatives à ce champ passionnant et complexe.

**Psychothérapies, neurobiologie et imagerie**

Dr Ali Amad (Lille)

La psychothérapie s'est développée en s'appuyant sur différentes théories psychologiques et son efficacité clinique. En effet, les cliniciens savent depuis longtemps que différentes interventions psychologiques peuvent modifier profondément la façon de penser des patients, leurs états affectifs, leurs comportements (1). Mieux comprendre la neurobiologie des mécanismes liés aux interventions psychologiques est ainsi indispensable pour améliorer les indications et l'efficacité des psychothérapies, améliorer la co-prescription médicamenteuse et évaluer les effets de la psychothérapie (2).

Les méthodes de neuroimagerie modernes, notamment fonctionnelles, permettent d'évaluer les effets de la psychothérapie sur la plasticité cérébrale. Ces méthodes d'imagerie, non invasives, fournissent des cartes d'activation performantes et sensibles aux changements. Elles permettent de visualiser les réorganisations plastiques de différentes régions cérébrales en réponse à des stimuli avec une résolution temporelle de l'ordre de la seconde et une résolution spatiale de quelques millimètres. L'imagerie fonctionnelle permet ainsi d'étudier de façon dynamique la plasticité du cerveau sain (3), mais également du cerveau de sujets souffrant de pathologies psychiatriques (4)

et d'évaluer l'impact des traitements psychothérapeutiques pouvant leur être proposés.

Après un rappel sur les propriétés plastiques du cerveau et de ses liens avec l'environnement, les principaux résultats de l'impact des psychothérapies sur le cerveau ont été présentés.

### Références bibliographiques

- 1 - Linden DEJ. How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 2006 ; 11 : 528-38.
- 2 - Linden DEJ. Brain imaging and psychotherapy: methodological considerations and practical implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 ; 258 : 71-5.
- 3 - Amad A, et al. Motor learning induces plasticity in the resting brain-drumming up a connection. *Cereb Cortex NYN*. 2016 Mar 3. doi:10.1093/cercor/bhw048.
- 4 - Amad A, et al. The multimodal connectivity of the hippocampal complex in auditory and visual hallucinations. *Mol Psychiatry*. 2014 ; 19 : 184-91.

### Qu'est-ce qu'un "bon" thérapeute ? Un "bon" patient ? Mme Micheline Claudon (Paris)

Être un "bon" thérapeute, n'est-ce pas là l'ambition de chacun d'entre nous en étant désigné comme tel, non seulement par les patients, mais plus encore par ses pairs... Or l'effet de l'oiseau "Dodo" nous a appris que, plus que les techniques utilisées, c'est l'adhésion du thérapeute à ses propres outils qui conditionne pour une part les facteurs déterminants d'une alliance thérapeutique solide et efficace. Nous nous sommes proposés d'interroger l'influence des approches successives, du modèle paternaliste à la décision médicale partagée, dans la co-construction du soin.

Les bonnes pratiques cliniques, telles qu'elles ont été proposées, nous invitent à rejoindre le patient là où il en est, en se dégageant, autant que faire se peut, d'une représentation de ce que serait pour chacun d'entre nous un "bon" patient... mais au-delà, n'est-ce pas la place du patient elle-même que nous devons interroger ?

Un "bon" patient ne serait-il pas celui qui vient nous aider à enrichir nos connaissances, modifier notre posture par son savoir expérimentiel ?

### La décision partagée en médecine générale Pr Philippe Castera (Bordeaux)

Selon l'article L1111-4 du Code de santé publique, "Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte-tenu des infor-

mations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé". Selon la médecine fondée sur les preuves, la prise de décision se prend selon les données de la science, l'expérience du praticien et les préférences du patient.

La décision médicale partagée, semblant ainsi fondamentale, peut être définie comme "un processus au cours duquel le patient et le médecin participent conjointement à une décision médicale".

La Haute autorité de santé (HAS) définit quatre étapes : établir une atmosphère propice à l'échange ; rechercher les préférences du patient sur les différentes options ; échanger les informations ; prendre une décision commune aux deux parties.

Dans une approche "centrée patient", la décision médicale sera plus ou moins partagée. De nombreux facteurs peuvent interférer comme l'urgence vitale perçue, l'existence ou non de plusieurs options possibles, le souhait d'implication du patient et la disponibilité du médecin.

S'appuyant notamment sur la théorie des croyances en santé, nous avons cherché à montrer comment la nécessité d'une décision partagée peut influencer les interventions proposées en alcoologie dans un contexte médecine générale.

## Pour une efficacité thérapeutique optimale

Présidente : Mme Florence Lafay-Dufour  
(Paris, sous réserve)

Moderateur : Dr Hervé Martini  
(Vandoeuvre-lès-Nancy)

### Le RPIB (repérage précoce et intervention brève) : quels sont les ingrédients de l'efficacité ?

Pr Jean-Bernard Daeppen (Lausanne, Suisse)

La pratique du repérage précoce et de l'intervention brève est recommandée en routine en médecine générale parce qu'elle réduit la consommation d'alcool de 20-30 g par semaine chez les consommateurs à risque. L'intervention brève consiste en une discussion invitant le patient à évoquer un changement

d'habitude de consommation d'alcool, assortie d'un conseil de modération.

Après avoir démontré l'efficacité de ces mesures en médecine générale, la recherche dans ce domaine s'est focalisée sur l'analyse des ingrédients de leur efficacité. Quels sont les ingrédients de l'efficacité de l'intervention brève en fonction de son contenu (par exemple empathie du soignant, discours changement du patient), en fonction des caractéristiques du patient (par exemple genre et niveau de consommation), du clinicien (par exemple formation et expérience) et de leur interaction (par exemple confiance, alliance) ?

À partir d'une séquence enregistrée d'intervention, la présentation a passé en revue les éléments de la littérature scientifique montrant les ingrédients de l'efficacité de ces interventions et leur importance relative.

### Les thérapies centrées sur l'autocontrôle comportemental et l'observance du traitement Pr Romain Moirand (Rennes)

Les thérapies centrées sur l'autocontrôle comportemental (*Behavioral self control training – BSCT*) sont apparues en 1976, dans un objectif de réduction de la consommation d'alcool. Le traitement se fait en 6 à 12 sessions permettant d'aborder cinq thèmes : se mettre des limites et fixer des buts ; quantifier sa consommation de façon quotidienne ; contrôler sa façon de consommer (plus lentement, en alternant avec boissons non alcoolisées...) ; identifier les situations à risque et les déclencheurs ; s'entraîner à refuser les consommations. Une méta-analyse des études contrôlées a confirmé l'efficacité de la BSCT, y compris chez des patients alcoolodépendants, un et deux ans après la thérapie. Encore actuellement, la BSCT est la base de la prise en charge en alcoologie, étant facilement réalisable par des intervenants non spécialisés ; elle est reprise dans les fascicules de Santé publique France à destination des professionnels.

Les thérapies centrées sur l'observance du traitement (*Compliance enhancement therapy – CET*) ont été développées dans le cadre des essais thérapeutiques randomisés pharmacologiques. Les plus connues sont BRENDA et BBCET. L'accent est mis sur l'observance du traitement à l'étude et sur les méthodes pouvant permettre d'accroître cette observance par le patient. L'évaluation de leur efficacité

est limitée. Cependant, les techniques simples proposées peuvent être utilisées en pratique clinique dès lors qu'un médicament est prescrit chez un patient.

### **La sévérité de l'addiction.**

#### **La polyconsommation**

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

### **Vers des traitements**

#### **personnalisés en alcoologie ?**

Pr Mickaël Naassila (Amiens)

Les traitements actuels des troubles de l'usage d'alcool ne sont pas efficaces chez tous les patients. Pour améliorer leur efficacité, il est particulièrement pertinent de chercher à adapter le traitement en fonction de différentes caractéristiques du patient, dont les facteurs génétiques, le sexe ou le phénotype hétérogène du trouble de l'usage d'alcool.

Concernant la génétique, des études très élégantes ont démontré que des polymorphismes des gènes codant les récepteurs mu des opioïdes, le transporteur de la sérotonine ou le récepteur kainate GluK1 du glutamate (et du topiramate) sont associés à des différences de réponse (ou dans les effets secondaires) à la naltrexone, l'ondansétron et le topiramate, respectivement. Concernant le sexe, il n'est pas possible actuellement de conclure de manière certaine que l'efficacité des traitements est dépendante de ce facteur. De la même manière, toutes les études s'intéressant au phénotype de la maladie (différentes typologies) n'ont pas encore permis de démontrer l'impact de cette hétérogénéité sur la réponse au traitement. De manière très intéressante, certaines caractéristiques, comme le niveau de risque de la consommation (consommation quotidienne avant le début du traitement), semblent jouer un rôle dans la taille de l'effet du traitement avec, par exemple, un effet d'autant plus marqué que le niveau de risque de la consommation est élevé. Ce dernier résultat semble corroboré par des études chez l'animal.

Au total, même si des résultats très encourageants au sujet de la pharmacogénétique ont été obtenus en recherche dans le champ des troubles de l'usage d'alcool, l'application est encore balbutiante. Le futur doit se concentrer sur la recherche des facteurs génétiques, mais aussi épigénétiques qui peuvent moduler non seulement le risque de développer la maladie, mais aussi la réponse au traitement (et/ou

leurs effets secondaires). Il s'agira notamment de réaliser des études sur des cohortes de taille suffisante et incluant suffisamment de femmes. Il faut aussi se poser la question de la prise en compte de multiples polymorphismes chez un même patient et de la possibilité de traiter avec plusieurs médicaments ciblant différents systèmes de neurotransmission.

### **Pharmacogénétique et baclofène**

Dr Nicolas Ramoz, Pr Philip Gorwood

(Paris)

L'alcoolodépendance ou mésusage d'alcool (AUD) est un problème majeur de santé résultant de plusieurs facteurs. Ainsi, 50 % des facteurs impliqués dans l'AUD sont liés à des gènes et à leur interaction. Ces facteurs génétiques interviendraient à différents niveaux (tempérament à risque, tolérance initiale, complications secondaires...), ainsi que dans la capacité à répondre à différents traitements d'aide au maintien de l'abstinence, que l'on dénomme pharmacogénétique. Le baclofène est le seul agoniste GABA-B utilisé dans l'AUD. L'hétérogénéité de la réponse thérapeutique au baclofène dans l'AUD est vraisemblable, de par la présence d'études positives et négatives. L'expérience clinique montre que la dose efficace est très variable d'un sujet à l'autre (20 à 300 mg/j). L'une des explications possibles est la variabilité génétique des molécules cibles (GABA-B).

Nous avons réalisé une étude pharmacogénétique du baclofène sur un échantillon représentatif de 188 sujets de la cohorte Alpadir (essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, évaluant l'efficacité de Xylka® à la posologie cible de 180 mg par jour versus placebo, dans le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants). Nous avons génotypé huit marqueurs SNP sélectionnés dans les gènes GABBR1 – *gamma-aminobutyric acid (GABA)B receptor 1* – et GABBR2 – *gamma-aminobutyric acid (GABA)B receptor 2*. Nous avons présenté les résultats durant notre communication.

**Note :** ce travail de recherche a eu le soutien du laboratoire Éthypharm (Contrat INSERMtransfert 131042A10).

### **Les troubles cognitifs liés à l'alcool : un facteur de mauvais pronostic ?**

Pr François Vabret (Caen),

Dr Nicolas Cabé, Mme Céline Boudehent,

Mme Coralie Lannuzel, Pr Anne Lise Pitel

La prise en charge des troubles de l'usage d'alcool se fonde sur la combinaison de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, notamment motivationnels, de psychoéducation et des thérapies cognitivo-comportementales. L'objectif est la prévention de rechute et la lutte contre le *craving*. Ces différentes techniques requièrent un fonctionnement cognitif efficace. La rechute concernant pratiquement un patient sur deux, l'un des facteurs explicatifs pourrait être la fréquence des troubles cognitifs dans le post-sevrage que l'on retrouve chez plus de la moitié des patients en soin. Il s'agit de troubles concernant la mémoire, les fonctions exécutives et de la cognition sociale. La présence de ces atteintes est un facteur de mauvais pronostic sur la motivation et les facultés de *coping*. Des études longitudinales ont montré des possibilités de récupération cognitive avec l'arrêt de l'alcool. Toutefois, la durée d'abstinence nécessaire à la normalisation "spontanée" des fonctions cognitives reste encore mal déterminée.

Des procédures de remédiation cognitive visant à favoriser l'intensité et la vitesse de la récupération cognitive sont appliquées en neurologie. Il s'agit de méthodes de restauration de fonction, qui permettent des bénéfices sur le plan cognitif au sens stricte et psychologique (bien-être, estime de soi) dont on connaît l'impact sur le *craving*. D'autres techniques visant à augmenter l'efficacité de certains processus cognitifs sont exploitées en psychiatrie, et lorsqu'elles ciblent des processus jugés centraux dans la prévention de rechute (capacités d'inhibition, associations implicites, réponse impulsive d'évitement, mémoire de travail), ces techniques sont pertinentes en addictologie. Enfin, une troisième voie consiste à combiner ces différentes techniques dans une dimension écologique pour dynamiser le travail de prévention de rechute, constituant la base d'un soin de neuro-psychoaddictologie.

Il existe un paradoxe entre la nécessité de stopper durablement les consommations d'alcool pour la récupération cognitive et la nécessité d'avoir des fonctions cognitives performantes pour prévenir la rechute. Aussi, ces différentes données nous incitent à dépister précocement les troubles cognitifs, à allonger chez ces patients la période de protection initiale vis-à-vis de l'alcool (récupération spontanée) et à utiliser des programmes de réhabilitation cognitive écologiques, afin de réduire un taux de rechute à ce jour élevé et améliorer

le pronostic. Toutefois, si une réhabilitation cognitive doit ainsi être encouragée, aucune étude n'a pour l'instant examinée l'efficacité de ces techniques sur la récupération neuropsychologique comparativement à la seule abstinence "passive".

**Réhabilitation cognitivo-émotionnelle en addictologie : une approche combinée intégrative fonctionnelle**

Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

Dans le trouble addictif, la répétition de l'usage d'un produit ou d'un comportement se traduit par une perte du contrôle vis-à-vis de cet usage qui devient envahissant et qui réduit les capacités d'adaptation de l'individu, contribuant à pérenniser le trouble. Ainsi, et quelle que soit l'addiction, le soin addictologique vise à restaurer le fonctionnement du sujet, son autonomie et sa qualité de vie, à travers des approches intégrées bio-psycho-sociales. Dans cette optique, l'application des stratégies de réhabilitation psychosociale à l'addictologie apparaît comme une évidence. Cependant, et quelle que soit la pertinence des approches proposées, seuls des objectifs de soins déterminés avec le patient peuvent être atteints et surtout maintenus de façon durable.

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, un groupe de réflexion multidisciplinaire s'est constitué (experts en addictologie, réhabilitation, thérapie cognitivo-comportementale – TCC, neuropsychologie, éducation thérapeutique – ETP, entretien motivationnel – EM). Des différentes réunions du groupe a émergé un modèle qui repose sur les approches de l'EM et de l'ETP selon un parcours de soins dynamique, coordonné de façon personnalisée, à partir d'une évaluation précise des altérations et des besoins du patient, en s'appuyant sur ses ressources individuelles et environnementales, avec des objectifs fonctionnels centrés sur sa qualité de vie.

• **Vendredi 17 mars 2017**

## Sessions parallèles

### Formation à la méthodologie de publication

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

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

Dr Ivan Berlin (Paris)

Cette 3<sup>e</sup> édition de l'atelier a fait suite aux ateliers de 2015 et 2016 et avait pour objectif de proposer une formation initiale à l'écriture des articles originaux de recherche.

Lors de cette session, nous avons revu point par point les différents chapitres d'un article original, aujourd'hui bien standardisés. Nous avons abordé quel était le contenu indispensable, comment et en quel style les textes devaient être rédigés, ainsi que la préparation des tableaux et figures.

Nous avons détaillé les prérequis à la rédaction du résumé d'un article, de l'introduction, des chapitres Méthodes, Résultats et Discussion. Nous avons discuté les types de références à utiliser ou à ne pas utiliser.

### Communications libres

Président : Pr Nicolas Simon (Marseille)

Moderatrice : Mme Agnès Arthus-Bertrand (Sèvres)

**Modalités de recherche de la dose optimale d'un traitement dans l'alcoolodépendance : de la recherche à la clinique**

Pr Nicolas Simon (Marseille)

La prescription d'un médicament est souvent l'occasion de nombreuses interrogations, tant pour le prescripteur que pour le patient. Si l'idéal d'un "bon" traitement pour un patient répond à la règle des 5B (bon médicament, bonne dose, bonne voie d'administration, bon moment, bon patient), elle soulève autant de questions. Normalement, le développement clinique du médicament a dû permettre de répondre à certaines d'entre elles, mais des inconnues demeurent devant la multitude des cas cliniques possiblement rencontrés dans la

réalité pratique.

Cette communication a présenté les différentes étapes de la recherche et les outils existant pour tenter de répondre à ces questions.

Il a été notamment abordé les modalités d'établissement de la relation unissant la dose administrée à l'effet escompté. Cette relation est fondamentale en ce sens qu'elle est le rationnel, conscient ou non, à toute augmentation de la dose prescrite devant un patient qui ne répondrait pas à une dose initiale. En effet, sans relation dose-effet, il ne serait pas cohérent de vouloir augmenter la posologie chez un patient insuffisamment ou non répondeur. Nous avons également abordé la typologie de ces sources de variabilité pour aider le clinicien à rechercher celles qui sont facilement accessibles et ne peuvent être ignorées.

**Thérapie étayée par le conjoint en addictologie (TECA) :**

**adaptation culturelle en France**

Dr Gonzague de Larocque (Clichy),

Mme Laëtitia Usubelli, Mme Anne-Sophie Wecker, Dr Philippe Michaud

La thérapie comportementale de couple en alcoologie (ABCT) est aux États-Unis l'un des outils thérapeutiques dont l'efficacité est appuyée par le plus d'études empiriques. Pour autant, elle reste pratiquement inconnue en France alors même que parmi les consultants des CSAPA, 38 % vivent avec un conjoint (OFDT, 2014).

Méthodologie : l'équipe du CSAPA Victor-Segalen travaille actuellement sur les modalités de mise en place en France de l'ABCT (McCrary, Epstein, 2009). La méthodologie d'adaptation culturelle est fondée sur la recommandation de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC, 2009).

Résultats : nous avons choisi de désigner la thérapie par "thérapie étayée par le conjoint en addictologie" (TECA) pour mieux insister sur son aspect centré sur le patient. Le matériel a été adapté au public français et simplifié pour être utilisable en pratique clinique quotidienne. Par ailleurs, nous avons intégré dans le protocole un style relationnel motivationnel (Miller et Rollnick, 2013) et des éléments de thérapie intégrative de couple (Christensen et Jacobson, 1996).

Conclusion : l'enquête pilote a permis d'obtenir les premiers feedback nécessaires à l'adaptation culturelle. La prochaine étape

sera une étude d'évaluation de l'efficacité des TECA dans leur adaptation française, avant de promouvoir sa diffusion pour la pratique quotidienne.

**Rôle médiateur des stratégies de coping dans la relation entre les dimensions de personnalité et les symptômes anxio-dépressifs dans une population de personnes alcoolodépendantes**

M. Aurélien Ribadier (Boulogne-Billancourt), Pr Isabelle Varescon

Les troubles anxio-dépressifs peuvent favoriser l'apparition, le maintien et les rechutes des troubles liés à l'usage d'alcool (TUA). Kotov et al. (2010) ont indiqué que des dimensions de personnalité (névrosisme élevé, extraversion et conscience basses) étaient associées à la présence de tels troubles cliniques chez des personnes alcoolodépendantes. Néanmoins, certaines stratégies de coping pourraient venir médiatiser les relations entre ces dispositions et la symptomatologie anxio-dépressive.

À travers une étude multicentrique (trois CHU, un CSAPA et une clinique spécialisée), 122 personnes présentant un TUA (74 hommes et 48 femmes) ont répondu à plusieurs auto-questionnaires évaluant des éléments socio-démographiques, la personnalité, les stratégies de coping et la symptomatologie anxio-dépressive.

Les résultats indiquent que les stratégies évitantes (SEv) médiatisent les relations entre le névrosisme et l'ouverture avec les symptômes anxieux. L'analyse des relations entre la personnalité et les symptômes dépressifs montre que ces deux dimensions sont médiatisées par l'action des SEv et des stratégies centrées sur le problème (SCP), tandis que l'extraversion et la conscience sont uniquement influencées par les SCP.

Ces données soulignent l'importance d'évaluer en amont la personnalité des sujets alcoolodépendants afin de proposer un accompagnement centré sur l'utilisation de certaines stratégies de coping favorisant la diminution des troubles anxio-dépressifs.

**L'ETP : un enjeu majeur en addictologie. Cinq ans d'expérience au CHRU de Nancy**  
Pr Anne Maheut-Bosser (Vandoeuvre-lès-Nancy), Équipe soignante Médecine L-Addictologie, Pr François Paille

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) trouve une place privilégiée dans les soins addictologiques résidentiels et /ou ambulatoires. En effet, la maladie addictive est une maladie chronique comportementale qui impose au patient d'être acteur de son traitement, donc nécessite une compréhension de sa pathologie, des changements importants dans sa vie, la mise en place de stratégies de prévention des rechutes ou de réduction de consommation et un suivi prolongé.

À partir de notre expérience de cinq années au CHRU de Nancy, nous avons proposé de présenter notre programme d'ETP agréé par l'Agence régionale de santé et destiné à des sujets alcoolodépendants, et les évolutions apportées, notamment le "carnet de route". Ce document créé par l'équipe soignante est remis à chaque patient en début d'hospitalisation pour lui permettre de mieux s'approprier les connaissances transmises, les intégrer dans sa propre histoire addictive, et représenter un trait d'union avec le suivi ambulatoire. Il est important de souligner les contraintes d'un programme d'ETP, notamment lorsqu'il existe des troubles cognitifs alcoolo-induits, le plus souvent réversibles, mais nécessitant d'adapter les outils pédagogiques, surtout en début d'hospitalisation. L'évaluation du programme d'ETP, à partir des commentaires et observations des patients, réalisée à la fin parcours d'ETP traduit une grande satisfaction.

En conclusion, bénéfique pour le sujet, motivant pour les soignants, l'ETP à toute sa place en addictologie en ambulatoire, mais également dans le cadre de soins résidentiels et en soins de suite addictologique.

**Réflexions psychopathologiques sur la problématique de la honte chez les patients alcooliques d'origine étrangère, vus à l'unité d'hospitalisation Sesame et en ambulatoire**

M. Laurent Valot (Amiens)

Cette communication avait comme point de départ notre pratique de psychopathologie clinique auprès de sujets alcooliques. Elle interroge la problématique de la honte chez les patients alcooliques d'origines culturelles variées (et de classes sociales diverses), vus en cure de sevrage et après. L'addiction à l'alcool de ces sujets résidant en France est un phénomène indiscutable, mais qui demeure peu

documenté (1-4). Cette conduite varie selon les ethnies.

Dans les récits des patients rencontrés à l'unité de soins Sesame de la ville d'Amiens, l'addiction traduit une fragilité ancienne articulée à une insatisfaction de la vie post-migratoire. Elle apparaît comme le symptôme d'une histoire ancienne marquée par des traumatismes et de honte cachée en eux. Notre attention portait ici sur l'accompagnement psychologique de ces patients étrangers, en nous arrêtant sur la place déterminante de la honte et l'intérêt d'un travail d'expression et de reconnaissance de cet affect. Les recherches sur ce point n'existent pas. Des observations cliniques ont illustré notre propos.

**Références bibliographiques**

- 1 - Roussel C. Le problème alcool chez les immigrés en France. In : Barrucand D. Alcoolologie. Riom : Laboratoires-Cerm ; 1988. p. 188-95.
- 2 - Descombey JP. Précis d'alcoolologie clinique. Paris : Dunod ; 1994.
- 3 - Comiti VP, Patureau J. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. *Santé, Société et Solidarité*. 2005 ; 4 (1) : 129-37.
- 4 - Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2012 ; (2-3-4) : 21-24.

**Mauvais patients cherchent bonne thérapie : quelle coordination ?**

Dr Romain Sicot, Dr Jacques Yguel (Avesnes-sur-Helpe)

"Nos" "mauvais patients" sont ceux non motivés, à la rue et avec des troubles psychiatriques, "patates chaudes" circulant, ballotées, entre différents services (urgences, CHRS...) pour terminer souvent à la rue.

Ils embolisent l'offre de soins ou sociale existante : lits de crise, lits "SAS", lits d'urgence) relevant d'entités variées (services ou pôles...), rarement addictologiques d'ailleurs.

Au-delà des nombreux a priori que l'on peut avoir sur le profil de ces patients, c'est souvent le "on ne peut rien faire" dominant parce que : "il n'y a pas de demande...", "il est à la rue...", "il est délirant à cause de l'alcool ou de la drogue...", "il est sous alcool, voilà pourquoi il délire...", qui tient lieu de réponse.

Qui peut faire et comment faire dès lors ? Approche intégrée, approche en silo... De multiples expérimentations et savoir-faire existent plus ou moins valorisés, souvent cloisonnés et avec leurs limites.

Créer du lien entre ces différentes entités et discours.

Les équipes de liaison intra-hospitalières ont fait leur preuve et ont montré leur pertinence. Développons et structurons des équipes de liaison hors les murs. Des modèles existent et des groupes de travail y réfléchissent autour peut-être du concept du "case managers" (développé en Belgique).

Dès lors, quels outils, quels moyens et méthodologies ?

C'est ce que nous avons essayé de proposer lors de cette communication.

## Actualités thérapeutiques

Président : Pr Régis Bordet (Lille)

Modérateur : Pr Romain Moirand (Rennes)

### Les résultats des études sur le baclofène

#### **Essai multicentrique en double aveugle versus placebo évaluant l'efficacité du baclofène à hautes doses chez des patients ayant une dépendance à l'alcool : essai Alpadir**

Pr Michel Reynaud (Villejuif),

Pr François Paille, Pr Michel Detilleux,

Pr Henri-Jean Aubin

Cet essai a évalué l'efficacité et la tolérance du baclofène à la posologie cible de 180 mg/jour dans le maintien de l'abstinence (principal critère d'évaluation) et dans la réduction de la consommation d'alcool (critère secondaire) chez des patients ayant une dépendance à l'alcool.

320 patients adultes (158 baclofène et 162 placebo) ont été randomisés après sevrage. Après une titration de sept semaines, la dose d'entretien a été administrée pendant 17 semaines, suivie d'une période de diminution posologique de deux semaines. La consommation moyenne d'alcool des patients avant sevrage était de 95,5 g/jour dans le groupe baclofène et de 93,6 g/jour dans le groupe placebo.

130 patients (40,6 %) ont arrêté préma-

turément l'essai (59 baclofène et 71 placebo). Dans le groupe baclofène, la posologie moyenne de la dose d'entretien était de 153,5 mg  $\pm$  40,5 (65,6 % des patients ont atteint la dose cible de 180 mg). Le pourcentage de patients abstinents du 2<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois (20 semaines consécutives après une période de grâce de quatre semaines) était faible et identique dans les deux groupes (baclofène : 11,9 % ; placebo : 10,5 % ; OR : 1,20 ; 95 % IC : 0,58-2,50 ; p = 0,619). Une importante réduction de la consommation d'alcool a été observée à six mois dans les deux groupes de traitement en termes de consommation d'alcool par jour : - 55,1 g/jour pour le groupe baclofène et - 44,2 g/jour pour le groupe placebo, mais sans différence statistiquement significative entre les deux groupes (différence moyenne : 10,9 g/jour ; p = 0,095). Dans le sous-groupe des patients ayant une consommation d'alcool à risque élevé (consommation moyenne d'alcool avant sevrage : 123,6 g/jour pour les patients baclofène et 118,9 g/jour pour les patients placebo), la réduction de la consommation d'alcool a été plus importante : - 89,3 g/jour pour les patients baclofène et - 73,7 g/jour pour les patients placebo, mais sans différence statistiquement significative entre les deux groupes (différence moyenne : 15,6 g/jour ; p = 0,089). Le score OCDS était significativement plus bas chez les patients du groupe baclofène au 6<sup>e</sup> mois (p = 0,017).

Les autres critères secondaires d'efficacité (nombre de jours de consommation à risque par mois, délai jusqu'à rechute, taux de réponders, scores CGI, HAD et AIQoL9, GGT et CDT) étaient numériquement en faveur de baclofène, mais sans différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Les événements indésirables ont été plus fréquents avec baclofène (sommolence, fatigue, vertiges et insomnies). Il n'y a pas eu de problème majeur de tolérance.

La réduction de consommation d'alcool observée avec baclofène était cliniquement importante, particulièrement dans le groupe de patients ayant une consommation d'alcool à risque élevé. Le déplacement des attentes des patients de l'abstinence vers la réduction de consommation, ainsi que le contexte médiatique français actuel pourraient expliquer les faibles taux d'abstinence observés dans cet essai.

### **Bacloville**

Pr Philippe Jaury (Paris)

#### **Les médicaments de demain : focus sur le système GABAergique**

Pr Nicolas Simon (Marseille)

Le GABA est le principal neuromédiateur inhibiteur du système nerveux central. Son action passe par la fixation à un récepteur dont il existe deux types : GABA-A et GABA-B. Sa synthèse provient d'une suite de réactions enzymatiques incluant la glutamate-décarboxylase (activée par le valproate) et de la vitamine B6. Sa dégradation fait intervenir la GABA-transaminase (inhibée par le vigabatrin et le valproate) et produit plusieurs métabolites, dont le GHB et l'acide succinique. Après sa fixation, le GABA peut être recapté par des transporteurs (GAT) pour être stocké dans des vésicules (transporteur VGAT). Des médicaments peuvent inhiber la recapture du GABA en agissant au niveau du transporteur GAT, il s'agit de la tiagabine ou du pregabalin.

Les deux types de récepteurs ne sont pas situés aux mêmes endroits, le récepteur GABA-A (RGA) est essentiellement synaptique ou extrasynaptique, alors que le récepteur GABA-B (RGB) et plutôt pré-synaptique. Ce n'est pas la seule différence, le RGA est un canal chlore dont la stimulation permet l'entrée d'ions chlore dans le neurone et son hyperpolarisation. Il est constitué de cinq sous-unités dont la composition est variable selon les individus et la localisation cérébrale. Les benzodiazépines, l'alcool, les barbituriques et les neurostéroïdes se fixent sur les RGA. Toutefois, selon la composition des sous-unités constituant le récepteur, les effets seront différents. De plus, selon que l'alcool se fixe sur les récepteurs extrasynaptiques ou synaptiques, l'inhibition aura des conséquences variables. Enfin, le RGA est retrouvé dans l'aire tegmentale ventrale (VTA) du circuit de la récompense où il participe à l'inhibition des neurones dopaminergiques.

Le récepteur GABA-B est couplé aux protéines G et inhibe une adénylate cyclase. On le retrouve dans le VTA et dans d'autres structures cérébrales et périphériques. Le baclofène et le GHB sont des agonistes qui entraîneraient notamment des effets myorelaxants, sédatif, anti-craving, anxiolytiques et une diminution de la récompense et de la recherche du produit.

**La thérapie interpersonnelle  
basée sur l'attachement.  
Application aux addictions**

Dr Hassan Rahioui (Paris)

S'intéressant à deux facteurs-clés dans l'addiction, la recherche montre que le processus du *craving* et le phénomène de rechute impliquent la régulation émotionnelle et interpersonnelle. Nous pouvons concevoir dans ce cas l'addiction comme une aide utilisée par l'individu pour pallier les vicissitudes de ses interactions relationnelles.

La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement (TIP-A) est une approche qui peut aider à donner un sens à la façon dont des individus arrivent là où ils sont, et leur permettre de faire face à certains types de sentiments négatifs, ainsi qu'à des craintes liées à la peur d'abandon ou à celle de la perte d'indépendance en fonction de leurs types d'attachement développés au sein des relations précoces.

De plus, la TIP-A est une approche où la sortie de cette conduite pathologique est considérée comme une "transition de rôle" faisant cheminer la personne d'un statut d'"addicté" à celui de "sujet". En effet, au-delà du phénomène de dépendance, la personne construit avec le temps tout un équilibre interrelationnel fragile autour de l'usage de son toxique et la répétition de sa conduite addictive.

Cette communication s'est focalisée sur une brève présentation de la TIP-A et son évolution vers une application aux addictions en s'appuyant sur une intégration modélisée de la théorie d'attachement.

Les diaporamas des intervenants  
sont disponibles sur le site  
[www.sfalcoologie.asso.fr](http://www.sfalcoologie.asso.fr)

## Communications affichées

**Motivation à consommer  
de l'alcool dans un modèle  
préclinique d'addiction à l'alcool :  
influence d'un choix alternatif  
et appétitif comme le sucre**

Dr Stéphanie Alaux-Cantin (Amiens),  
M. Clément Audegond, Mme Emmanuelle  
Simon O'Brien, Pr Mickaël Naassila

Pour mieux comprendre la psychobiologie de l'addiction à l'alcool, des procédures de consommation d'alcool sont utilisées chez le rongeur dans lesquelles la solution d'alcool est l'unique choix sans la possibilité d'une alternative appétitive, ce qui est éloigné de la réalité. Nous avons étudié l'influence d'une situation de choix avec la présence de sucre sur la consommation d'alcool pendant le sevrage de rats rendus alcoolodépendants et de témoins. La dépendance physique et psychologique est induite après exposition chronique et intermittente à des vapeurs d'alcool, et la consommation d'alcool est mesurée avec une procédure opérante conditionnant la consommation à l'appui sur un levier délivrant de l'alcool 10 à 40 % ou sur un autre levier délivrant du saccharose 4 %, soit dans une situation de choix (alcool et sucre), soit de non-choix (alcool ou sucre).

Résultats : dans la situation classique où les animaux n'ont pas le choix, les rats dépendants présentent une forte motivation à consommer l'alcool (surtout si la solution est concentrée) ou le sucre comparativement aux rats témoins. Lorsqu'ils ont le choix, les rats ont une forte préférence pour le sucre même s'ils sont dépendants de l'alcool. Mais chez les rats dépendants, la consommation d'alcool, comparativement à la consommation de sucre, est moins sensible à l'ajout d'un agent aversif (quinine) dans la boisson alcoolisée. Lorsque les rats dépendants ont le choix entre un prémix (alcool/sucre) et le sucre, ils choisissent le prémix, à la différence des rats témoins. En conclusion, notre étude montre que les propriétés renforçantes du sucre surpassent celles de l'alcool même chez des animaux dépendants, comme cela a déjà été démontré pour la cocaïne, mais aussi que les rats dépendants sont moins sensibles à la dévaluation de la

solution alcoolisée par la quinine, ce qui n'est pas le cas pour la solution sucrée.

**Étude descriptive d'une cohorte  
de patients alcoolodépendants  
présentant des troubles cognitifs  
sévères pris en charge dans un  
réseau de soins d'Île-de-France**

Dr Thomas Barre (Paris), Dr Frank  
Questel, Mme Anne-Laure Brichet,  
Mme Claire Geraud, Pr Frank Bellivier,  
Dr Florence Vorspan

Introduction : les troubles cognitifs sont une complication fréquente, puisque l'on estime qu'entre 50 % et 80 % des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool développent des altérations cognitives moyennes à sévères (1). La démence alcoolique représente 10 % des causes de démence avant 65 ans (2). Ce concept de démence alcoolique a évolué. Nous avons choisi de décrire les caractéristiques cliniques et analyser le devenir prospectif d'une cohorte de patients présentant un trouble cognitif sévère lié à l'alcool (TCSLA).

Méthode : les patients TCSLA répondaient à la définition proposée par le Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH) (3) : "un score de MoCA (Montreal cognitive assessment) altéré inférieur ou égal à 24, au moins deux atteintes cognitives dont fonctions exécutives et mémoire épisodique sur les tests psychométriques, un signe clinique parmi une dénutrition et/ou une atteinte neurologique (ataxie ou trouble de l'oculomotricité)". Une autre cause principale connue aux troubles cognitifs devait être exclue (vasculaire, dégénérative, traumatique). Ils étaient inclus lors d'hospitalisation temps plein en médecine addictologique à l'Hôpital Fernand Widal, Paris, membre du Réseau de soins RESALCOG.

Les bilans neuropsychologiques exploraient sept fonctions : quatre fonctions exécutives (la flexibilité, la programmation-planification, le contrôle inhibiteur et les stratégies) ; deux fonctions de la mémoire épisodique (le stockage et la récupération) ; l'attention. Un pourcentage d'atteinte et de récupération a été calculé pour l'ensemble de ces sept fonctions. Résultats : nous présentons les caractéristiques de 31 patients dont 15 patients pour lesquels nous disposons d'un bilan neuropsychologique de suivi. Le second bilan avait lieu en moyenne 6,5 mois ( $\pm$  2,9) après le premier, à 9,5 mois d'abstinence cumulée en moyenne. Le

score moyen de récupération était de 35,2 %. Quatre patients ne récupéraient pas du tout et un patient récupérait à 100 %.

Conclusion : nous mettons en évidence une récupération cognitive pour ces patients sévères intégrés à un réseau de soin spécifique permettant le maintien d'abstinence et l'accès à des techniques de remédiation cognitive spécifiques.

#### Références bibliographiques

- 1 - Bates ME, Bowden SC, Barry D. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2002 ; 10 (3) : 193-212.
- 2 - Carlen PL, McAndrews MP, Weiss RT, Dongier M, Hill JM, Menzano E, et al. Alcohol-related dementia in the institutionalized elderly. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994 ; 18 (6) : 1330-4.
- 3 - Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Synthèse. Questions 1 à 7. *Alcoologie et Addictologie.* 2014 ; 36 (4) : 335-73.

#### **Salle de consommation à moindre risque : les généralistes majoritairement favorables à l'expérimentation**

Dr Virgile Clergue-Duval (Paris),  
Dr Julien Azuar, M. Grégoire Cleirec,  
Mme Vanina Taroni

Contexte : l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) en France a eu lieu en octobre 2016 à Paris dans le 10<sup>e</sup> arrondissement.

Objectif : recueillir l'opinion des médecins généralistes libéraux (MG) du nord de Paris sur l'expérimentation de la SCMR.

Méthode : tous les MG libéraux des 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> arrondissements de Paris ont été contactés par téléphone et un questionnaire a été adressé à ceux qui l'acceptaient.

Résultats : 111 MG ont répondu (âge médian 57 ans, 36 % de femmes, 57,3 % en cabinet individuel), soit 33,5 %. Une majorité des avis exprimés (61,5 %) sont favorables à l'ouverture de la SCMR ( $p = 0,036$ ), dont 39,3 % d'entre eux avec des réserves. 18 % de l'échantillon reste sans opinion sur la question. En analyse multivariée, l'âge inférieur à 50 ans et le fait d'être prescripteur de traitements de substitution aux opiacés sont associés significativement à un avis favorable. Les principales réserves exprimées concernent la sécurité des quartiers environnants.

Conclusion : les MG sont majoritairement favorables à une expérimentation de qualité

de la SCMR sur leur territoire. Cependant, ils sont en attente des résultats de son évaluation concrète. Ces résultats méritent d'être réévalués plusieurs mois après la création de la SCMR.

#### **(Poly)consommations et comorbidités psychiatriques : des expériences subjectives d'usage de substances psychoactives chez des patients hospitalisés en psychiatrie**

Mme Barbara Gouget-Para (Clamart),  
Mme Armelle Seiler, Dr Valérie Carboneschi

Une proportion importante de patients admis en psychiatrie en Europe a une pathologie mentale associée à des problèmes d'abus de substances psychoactives. Le pronostic psychiatrique est aggravé en cas de consommation de drogue précoce et d'usage continu de longue date. Les syndromes mentionnés sont en interaction et se recoupent, ce qui signifie que chez une même personne, plusieurs de ces troubles peuvent venir s'ajouter aux problèmes dus à la drogue.

Cette recherche visait à mieux comprendre la pathologie duelle à travers l'histoire du sujet. L'expérience subjective de l'usage de substances psychoactives chez des patients hospitalisés en psychiatrie a été analysée. Une intrication entre une consommation de substances et une décompensation en symptômes du champ psychotique conduisant à une hospitalisation a été recherchée par une approche phénoménologique. Celle-ci apporte un regard nouveau sur la comorbidité et pourrait conduire à une meilleure compréhension des pathologies duelles afin de proposer des adaptations ou une meilleure prise en charge thérapeutiques.

#### **Caractérisation phénotypique de rats soumis à un nouveau modèle de binge drinking dans un contexte d'auto-administration opérante**

Dr Jérôme Jeanblanc (Amiens), Dr Rémi Legastelois, Mme Virginie Jeanblanc,  
Dr María Del Carmen González-Marín,  
Pr Mickaël Naassila

Le *binge drinking* (BD) est un mode de consommation d'alcool qui consiste en l'ingestion de

grandes quantités d'alcool dans un laps de temps très court. Cette façon de consommer l'alcool a des effets très néfastes sur la santé et sur l'intégrité du cerveau. Plusieurs études précliniques tendent à étudier ce phénomène, mais avec des modélisations qui peuvent être remises en question quant à leur pertinence tant au niveau des quantités d'alcool consommées que de la durée des épisodes de BD décrits.

L'objectif de cette étude était de mettre au point un modèle animal pertinent de BD dans un contexte d'auto-administration opérante et de caractériser les phénotypes et endophénotypes des rats en fonction de leur niveau de consommation.

Au cours de sessions de 15 minutes, les rats s'auto-administrent environ 1,2 g/kg conduisant à une perte de la coordination motrice. Ces niveaux de consommation sont corrélés à une plus forte motivation à consommer, un *seeking* plus important, mais n'est pas corrélée au niveau d'anxiété.

Nous avons mis au point un modèle qui reprend les critères humains de BD : rapidité de consommation, forts niveaux de consommation conduisant à une intoxication observable.

#### **Mesure d'impacts de traitements résidentiels en matière d'addiction : symptomatologie, qualité de vie et attributions subjectives du changement thérapeutique**

M. Grégory Lambrette (Luxembourg),  
Mme Mégane Zanetti

Si les traitements résidentiels appartiennent au dispositif visant à l'efficacité (psycho)thérapeutique en matière d'addiction, force est de constater que les preuves scientifiques démontrant celle-ci ne sont pas clairement établies, voire se montrent faibles (Hser et al., 2004 ; Malivert et al., 2011 ; Project Match Research Group, 1997 ; Smith et al., 2006). Au-delà de l'utilité qu'il y a à maintenir (ou non) une diversité de traitements en addictologie et, sur le plan méthodologique, à mieux évaluer leur efficacité, il nous semble essentiel d'en mesurer les effets pour tout dispositif psycho-médicosocial ayant dans ses missions un travail d'orientation se situant habituellement en amont à tout traitement résidentiel. C'est cette tâche que la présente étude s'était confiée en procédant à une enquête multi-

niveaux (McLeod, 2010 ; Fischman, 1999 ; Iwakabe et Gazzola, 2016) évaluant les résultats en matière notamment d'amélioration de la symptomatologie (OQ-45.2) et de la qualité de vie (ISPN) post-traitement résidentiel.

Les auteurs ont présenté dans cette communication les conclusions à laquelle a abouti une enquête menée au Grand-duché de Luxembourg, portant également, à travers une analyse qualitative, sur les principaux déterminants (ou les attributions subjectives) du (non)-changement thérapeutique exprimés par les bénéficiaires de ce type de traitement.

### **Réduction des dommages durant le maintien d'abstinence chez des patients alcoolodépendants sévères en HDJ de réhabilitation post-sevrage**

Mme Camille Lefebvre-Durel (Paris),  
Dr Alexandra Dereux, Dr Geoffroy Dupeyron, Mme Aurore Girard,  
Mme Camille Rollat, Pr Frank Bellivier,  
Dr Éric Hispard, Dr Florence Vorspan

Introduction : des modèles théoriques calculent qu'une réduction ou un arrêt d'alcool seraient bénéfiques en termes de santé chez les patients alcoolodépendants (1). Néanmoins, la chronologie de l'apparition de ce bénéfice dans le temps est mal connue.

Méthode : nous avons évalué l'évolution dans le temps de plusieurs paramètres cliniques, biologiques, ainsi que d'échelles (score de *craving* ODCS, dépistage des troubles cognitifs avec l'échelle MoCA) chez des patients alcoolodépendants sévères bénéficiant d'un programme d'hôpital de jour (HDJ) avec des ANOVA pour mesures répétées.

Résultats : 35 patients ont été évalués à l'entrée dans le programme et après un mois d'abstinence continue documentée (M1). Ils étaient âgés de  $48 \pm 6$  ans, étaient majoritairement des hommes (66 %) et étaient dépendants de l'alcool depuis  $13 \pm 8$  années. Plusieurs paramètres montraient une évolution significative :

- pression artérielle diastolique : entrée  $82,6 \pm 10$  versus M1  $76,1 \pm 16$  mmHg ( $p = 0,005$ ) ;
- GGT : entrée  $86,3 \pm 80$  versus M1  $43,2 \pm 31$  UI/L ( $p = 0,042$ ) ;
- ODCS : entrée  $11,1 \pm 6$  versus M1  $5,2 \pm 5$  points ( $p = 0,010$ ) ;
- MoCA : entrée  $25,2 \pm 1,9$  versus M1  $27,4 \pm$

1,6 points ( $p = 0,001$ ).

Discussion : des études complémentaires sont nécessaires pour démontrer que la modification de ces paramètres est associée à une diminution de la morbi-mortalité.

### **Référence bibliographique**

1 - Rahhali N, et al. Modelling the consequences of a reduction in alcohol consumption among patients with alcohol dependence based on real-life observational data. *BMC Public Health*. 2015 ; 15 : 1271. doi: 10.1186/s12889-015-2606-4.

### **Apport de la philosophie dans l'accompagnement du patient dépendant**

M. Stéphane Magarelli (Dammarie-les-Lys)

Avant d'être un patient, la personne reçue en centre de soin est un existant qui cristallise sa problématique par ses consommations. L'expression objective des consommations incarne le plus souvent un conflit subjectif par essence existentiel. Instances paradoxales, les prises d'alcool régulent autant qu'elles déstructurent. Tout en produisant des effets ataraxiques, elles renforcent dans un double mouvement contradictoire les troubles agissants. Pris dans l'exiguité de cette organisation coercitive et aliénante, le patient devient l'objet d'une perception négative de lui-même qui complexifie toute reconsidération et mise en perspective nouvelle de son problème d'alcool.

Aussi, la philosophie, et tout particulièrement la philosophie antique, véritable exercice de raisonnement dont l'objectif était de parvenir à un autre état de lucidité sur le monde et sur soi, permet encore aujourd'hui aux patients des centres de soin d'accéder à des représentations différentes de leurs difficultés. À cette fin, l'utilisation par le professionnel – à titre comparatif, argumentatif et explicatif – des principes généraux des philosophies de l'antiquité (des présocratiques aux néoplatoniciens), alliés à une approche de l'entretien à visée thérapeutique d'inspiration dialectique, favorisera le changement des prismes suraffectés qui conditionnent la pensée.

En donnant la possibilité, aux patients qui le souhaitent, d'accéder à des représentations différentes, l'approche philosophique permet de rééquilibrer sensiblement la dyade thérapeutique "raisonnement-affect", nécessaire au désormais consacré tryptique médico-psychosocial.

### **MicroARNs circulants comme biomarqueurs de la maladie alcoolique du foie**

M. Charles-Antoine Papillon (Amiens),  
M. Romain Buttolo, Pr Mickaël Naassila,  
Pr Éric Nguyen-Khac, Dr Hakim Houchi

Contexte : la maladie alcoolique du foie (MAF) est causée par une consommation chronique d'alcool. Initiée par une stéatose réversible, la MAF suit une trajectoire pouvant aller jusqu'à la fibrose, la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire (CHC, 3<sup>e</sup> cancer en mortalité). Actuellement, faute de marqueurs prédictifs pertinents, le diagnostic de MAF est posé à un stade avancé de la maladie.

Objectif : évaluer l'intérêt des taux de miARNs circulants, seuls ou en combinaison, dans le diagnostic de la MAF.

Méthode : notre étude a été réalisée à partir de prélèvements sériques de patients atteints de CHC d'origine alcoolique ( $n = 49$ ), de cirrhose sans CHC ( $n = 49$ ), de fibrose ( $n = 22$ ), ainsi que d'un groupe témoin sans dommage hépatique ( $n = 49$ ). Après extraction, six miARNs ont été quantifiés par qPCR.

Résultats : les niveaux de miR-21 et miR-155 sont significativement plus élevés en fonction de la sévérité des dommages hépatiques. Le miR-122 semble être associé au CHC d'origine alcoolique. Les miR-34a, 34a\* et 126\* semblent spécifiques de la MAF.

Conclusion : les miARNs étudiés semblent associés de manière significative aux étapes-clés de la trajectoire de la MAF. Seuls, ou en combinaison (notamment les miR-155, 21 et 34a), ils permettent de différencier significativement les patients atteints de MAF des sujets sains.

### **Exposition de type binge drinking chez le rat adolescent : impact sur les capacités d'apprentissage et de mémorisation**

Pr Olivier Pierrefiche (Amiens),  
Dr Benoît Silvestre de Ferron, M. Kévin Rabiant, M. Alexandre Robert,  
Pr Mickaël Naassila

Le *binge drinking* est une consommation massive et rapide d'alcool qui affecte les processus d'apprentissage et de mémorisation. Cependant, les mécanismes de ces atteintes restent peu décrits. Nous avons caractérisé le nombre d'épisodes de *binge drinking* et les atteintes de

la plasticité synaptique hippocampique, mécanisme de la mémoire. Nous avons utilisé des tranches d'hippocampe de rats adolescents 24 ou 48 heures après un ou deux *binge drinking* d'éthanol (3 g/kg ; 2 g/l) et déterminé le mode d'action de l'éthanol, ainsi que les capacités d'apprentissage des animaux.

Nos résultats montrent qu'il faut deux *binge drinking* chez le rat pour perturber la plasticité synaptique puisque la dépression à long terme (DLT) a été abolie 48 heures après deux *binge drinking* et pour une durée de cinq à huit jours. Cet effet était dû au seul blocage répété du récepteur NMDA dont la sous-unité GluN2B était surexprimée 48 heures après les *binge drinking*.

Enfin, l'absence de DLT 48 heures après deux *binge drinking* a été associée à un déficit d'apprentissage.

Ainsi, deux épisodes de *binge drinking* suffisent à engendrer des déficits cognitifs chez le rat adolescent dus à une abolition de l'un des signaux de plasticité synaptique, la DLT, via un blocage répété des R-NMDA. Enfin, ces effets perdurent bien après l'élimination de l'éthanol.

**Évocation d'un passage aux urgences avec son médecin traitant : une piste pour le repérage des troubles de l'usage de l'alcool chez les jeunes ?**

Mme Céline Recchia (Asnières-sur-Seine),  
Dr Julien Azuar

Contexte : les intoxications aiguës alcooliques (IAA) constituent 10 à 15 % des passages aux urgences, dont 22 % ont moins de 25 ans. La transmission de ce passage aux urgences

au médecin généraliste (MG), qui le reverra en dehors de l'environnement initial parfois contraint qu'a été le service des urgences, pourrait être une porte d'entrée vers le soin addictologique.

Objectif : quelle proportion de jeunes patients évoquent leur passage aux urgences pour IAA avec leur MG ?

Méthode : on proposait à tous les patients de 18 à 25 ans admis dans deux services d'urgences en état d'IAA d'envoyer le compte-rendu d'admission (CRA) à leur MG référent. Celui-ci était recontacté trois mois plus tard pour connaître sa prise en charge.

Résultats : sur 14 patients inclus dans l'étude, neuf n'avaient pas de MG référent, un a refusé l'envoi et quatre ont donné leur accord. Trois mois plus tard, deux MG disaient ne pas avoir reçu le CR et deux n'avaient pas revu les patients concernés.

Conclusion : dans notre étude, interrompue en raison des difficultés d'inclusion et des premiers résultats univoques, la transmission de l'information d'un passage aux urgences pour IAA d'un jeune patient vers son MG a un rendement nul.

**Types d'usage d'alcool en fonction de l'âge chez les sujets avec critères 4+/5+ de binge drinking : résultats d'une étude transversale chez 4 435 sujets binge drinkers recrutés dans des services d'urgences en région AURA**

Dr Benjamin Rolland (Lille), Mme Ingrid de Chazeron, Pr Mickaël Naassila,  
Pr Georges Brousse

Contexte : les critères "4+/5+", c'est-à-dire  $\geq 4$  verres standard (femme) et  $\geq 5$  verres standard (homme), sont une définition très utilisée du *binge drinking* (BD). Parmi les sujets "4+/5+", les différences d'usage d'alcool en fonction de l'âge n'ont jamais été étudiées précisément.

Méthodes : lors d'une étude transversale menée en région Auvergne-Rhône-Alpes, 11 695 sujets de 13 ans ou plus ont été évalués selon les critères "4+/5+" de BD et ceux du National institute for alcoholism and alcohol abuse (NIAAA) sur les deux derniers mois. 4 435 sujets (38 %) correspondaient aux critères "4+/5+". Ils ont été divisés en quatre groupes d'âge : 1)  $< 18a$  ; 2) 18-24a ; 3) 25-64a ; 4)  $\geq 65a$ . Des analyses bivariées de régression logistique multinomiale ajustées sur le sexe ont comparé entre ces groupes les fréquences de consommation et de forte consommation, et la positivité aux critères NIAAA. Les odds ratios sont fournis avec leur intervalle de confiance 95 % (OR [IC 95 %]).

Résultats : avec le groupe  $> 18a$  comme référence, le fait de correspondre aux critères NIAAA était inversement lié à l'âge : 18-24a : aOR = 0,70 [0,51-0,95] ; 25-65a : aOR = 0,37 [0,27-0,49] ;  $\geq 65a$  : aOR = 0,09 [0,06-0,14]. À l'inverse, le fait de boire plus de quatre jours par semaine était positivement relié à l'âge : 18-24a : aOR = 4,07 [1,27-13,07] ; 25-65a : aOR = 17,56 [5,59-55,20] ;  $\geq 65a$  : aOR = 90,55 [28,4-289].

Conclusions : avec l'avancée en âge, les sujets correspondant aux critères "4+/5+" de BD boivent de moins en moins vite, et de plus en plus fréquemment dans la semaine.

# Les Journées de la SFA

numéro de formateur : 11 92 08693 92

**Mercredi 14, jeudi 15 et vendredi 16 mars 2018**

- Maison internationale, Paris
- Coordination : Agnès Arthus-Bertrand, Anne-Marie Brieude, Maurice Dematteis, Claudine Gillet, Éric Hispard, Amandine Luquiens, Romain Moirand, François Vabret
- Informations : [www.sfalcoologie.asso.fr](http://www.sfalcoologie.asso.fr), rubrique Formations