

# Les Journées de la SFA

## Résumés des communications

### Alcoologie et addictologie : complexité des situations – pluralité des réponses

Coordination : Pr Romain Moirand, Mme Agnès Arthus-Bertrand, Pr Amine Benyamina, Dr Anne-Marie Brieude, Dr Corinne Dano, Pr Maurice Dematteis, Dr Claudine Gillet, Dr Eric Hispard, Dr Amandine Luquiens, Pr François Paille, Dr Cécile Prévost, Dr Benjamin Rolland, Pr François Vabret

#### • Mercredi 14 mars 2018

##### *Ouverture*

Pr Mickaël Naassila (Amiens)

### Nouveautés sur l'évaluation du patient

Présidente : Dr Laurence Lalanne-Tongio  
(Strasbourg)

Moderatrice : Dr Amandine Luquiens  
(Villejuif)

#### **MATE : un outil au service d'une évaluation étendue du patient**

Dr Benjamin Rolland (Bron)

Les addictions sont des pathologies bio-psycho-sociales. La prise en charge addictologique doit donc intégrer cette triple dimension, de même que les évaluations séquentielles réalisées tout au long du suivi. En pratique clinique quotidienne, les aspects cliniques relatifs à la consommation commencent à être explorés de manière assez systématique, sur la base notamment des recommandations de bonne pratique. Le fonctionnement psychosocial du sujet, en revanche, est souvent exploré de manière assez peu structurée, et l'évaluation

est donc souvent parcellaire et dépend des aléas de l'entretien et du soignant.

La MATE (*Measurement in addictions for triage and evaluation*) est un outil complet et modulaire mis au point aux Pays-Bas pour une évaluation étendue des patients avec addictions. L'un des modules de la MATE, le module MATE-ICN, propose une exploration simple mais systématique du fonctionnement psychosocial du patient, incluant ses relations avec sa famille, ses amis, sa vie sentimentale, ses rapports avec ses supérieurs et collègues de travail, ses difficultés dans les démarches administratives, et encore beaucoup d'autres aspects de sa vie relationnelle au quotidien. La MATE-ICN est basée sur la Classification internationale du fonctionnement de l'OMS. D'utilisation facile, elle peut servir de support utile pour une exploration systématique de certains aspects du fonctionnement psychosocial du patient, sans perturber la relation soignant-soigné.

#### **Dépistage des pathologies duelles chez le patient alcoolodépendant**

Pr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

Si la fréquence élevée des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant de

trouble de l'usage d'alcool est aujourd'hui reconnue et attestée par les grandes études épidémiologiques internationales, en particulier en ce qui concerne les troubles anxieux (OR : 1,3 ; Grant et al., 2015) les troubles de l'humeur (OR : 3 Lai et al., 2015) et bipolaires (OR : 5 ; Hunt et al., 2016), la difficulté de leur repérage et de leur traitement demeure. Le problème le plus fréquent en pratique clinique quotidienne sera de repérer la maladie psychiatrique dont l'expression est masquée par les effets de l'imprégnation éthylique aiguë et chronique. Nous proposons, dans cette présentation, de revenir sur les arguments propices à l'évocation des troubles psychiatriques et sur les outils pouvant être utilisés pour les dépister. Il s'agira, tout d'abord, de faire le point sur des critères de forte orientation en faveur d'un trouble psychiatrique (histoire de la maladie, terrain familial...), puis de repérer les symptômes cliniques évocateurs des troubles. Enfin, nous aborderons les échelles de dépistage (dépression, trouble anxieux...) utilisables en population spécifique alcoolodépendante.

### Alcool et parcours de soins

Présidente : Mme Ouiza Haddou (Nancy)

### Un patient plutôt banal... mais habitant au fin fond de la campagne

Modérateur : Pr Romain Moirand (Rennes)

Intervenants :

Dr Olivier Bouchy (Revigny-sur-Ornain)

Mme Chantal Ginoux (Paris)

Dr Lucie Pennel (Grenoble)

Mme Hélène Denis (Rennes)

Cette table ronde abordera, à partir d'une vignette clinique, la problématique de l'accessibilité au soin des personnes habitant à distance des structures de soin ambulatoires ou hospitalières.

Y interviendront un médecin généraliste impliqué dans les microstructures, une représentante des associations d'entraide, un médecin de CSAPA et la coordinatrice d'un réseau addiction collaborant avec les plates-formes territoriales d'appui et les maisons de santé.

### Un patient avec des comorbidités psychiatriques et une problématique sociale (prochaine expulsion de son logement)

Modérateur : Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

Intervenants :

Dr Guillaume Airagnes (Paris)

M. François Le Forestier (Paris)

M. Christophe Rassis (Bordeaux)

Un patient présentant des conduites addictives incluant l'alcool et d'autres produits, associées à une problématique psychiatrique et sociale, est une situation clinique assez fréquente dans les CSAPA. Elle est cependant de nature à mettre en difficulté les équipes qui tentent de mettre en place un travail multidisciplinaire coordonné, adapté et efficace.

Participeront à cette table ronde un médecin psychiatre, un membre d'association impliqué dans la précarité et l'exclusion, et un cadre socio-éducatif ayant une expérience des approches intégrées développées tout au long du parcours de soins et insérées dans un travail de réseau.

### Un patient avec des troubles cognitifs

Modérateur : Pr François Paille (Nancy)

Intervenants :

Pr François Vabret (Caen)

Pr Pascal Perney (Nîmes)

Dr Frank Questel (Paris)

La prévalence des troubles cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives et notamment d'alcool est importante. Elle est pourtant sous-estimée et ces troubles sont peu repérés et peu pris en charge. Or ce sont des facteurs de mauvais pronostic, favorisant les rechutes et limitant l'efficacité des programmes de soins addictologiques, mal adaptés au profil de ces patients. Ils constituent donc une réelle perte de chance si les personnes qui en sont atteintes sont orientées vers des prises en charge inadaptées.

À partir d'un cas clinique, cette table ronde abordera les questions posées par ces patients : repérage des troubles cognitifs ; évaluation neuro-psychologique ; modalités de prise en charge, en particulier organisation d'un parcours de soins adaptés.

## Alcool et parcours de vie au travail

Présidente : Pr Sophie Fantoni-Quinton (Lille)

Modératrice : Dr Corinne Dano (Angers)

### Consommer au travail ou consommer pour travailler ?

Mme Marie Pezè (Levallois-Perret)

Celui qui s'en sort dans les organisations actuelles du travail n'est ni le plus fort, ni le plus intelligent, mais le plus rapide. L'augmentation de la cadence des tâches à accomplir est présente partout, dans tous les secteurs professionnels, à des niveaux d'intensification qui pulvérisent toutes les limites neurophysiologiques et biomécaniques.

Les effets de l'hyperactivité sur la santé sont connues : épuisement physique et psychique, troubles du sommeil, de l'éveil, de l'attention, de la concentration, de la mémoire. Troubles cardio-vasculaires, hypertension ou hypotension artérielle, accidents ischémiques transitoires, troubles du rythme. Accidents du travail, conduite addictive.

Est-ce le travail qui nous fait courir ou bien, esclaves de la quantité (1), sommes-nous condamnés structurellement à ces accélérations comportementales ?

Pour le clinicien du travail, la question de l'hyperactivité est importante :

- Soit la surcharge de travail et l'hyperactivité aliénante qui en découle sont d'origine organisationnelle. Les méthodes managériales utilisées orchestrent l'assujettissement des corps et des psychismes pour une productivité sans cesse accrue.

- Soit le sujet se "shoote" au travail comme d'autres à la drogue, pour calmer son vide intérieur ou son angoisse, et s'impose ses rythmes, ses exigences, ses objectifs, sans parvenir à diminuer une charge de travail qu'il juge pourtant excessive.

### Référence bibliographique

1 - De M'Uzan Michel. Les esclaves de la quantité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1984 ; (30).

### Parcours de soins et maintien à l'emploi : rôle des services de santé au travail

Dr Gérard Demortière (Cergy-Pontoise)

Les Services de santé au travail, plus particulièrement inter-entreprises, sont désormais dotés de compétences plurielles (médecins, infirmiers, techniciens de prévention, ergonomes, assistantes sociales, psychologues...) pour mener à bien deux de leurs missions prioritaires : prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail et la désinsertion professionnelle pour contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.

On voit d'emblée comment un patient/salarié en difficulté avec l'alcool pourra croiser l'un ou plusieurs de ces différents intervenants au cours de son parcours de soins en amont d'une rupture si redoutée mais toujours possible avec le monde du travail.

Ils contribueront ainsi à favoriser un environnement de travail où la qualité de vie est prise en compte en agissant sur les déterminants professionnels de consommation, à repérer précocement les usagers à risque ou à problèmes pour susciter en eux une envie de réduire le niveau de consommation, enfin à orienter ceux pour qui le soin est nécessaire et accompagner leur retour dans l'entreprise.

C'est bien dans le cadre de leurs missions de prévention individuelle et collective que les acteurs de la santé au travail pourront, sous réserve d'une formation minimale mais indispensable au domaine des problématiques addictives, soutenir en pluridisciplinarité le patient dans son parcours de soins, et ce, en lien étroit avec tous les autres intervenants spécialisés impliqués.

### **Secret médical et partage d'information : quoi de neuf ?**

Mme Jamila El Berry (Paris)

Si le caractère absolu et général du secret médical est d'abord d'intérêt général, il constitue une garantie manifeste de protection de la vie privée du patient.

La préservation sans concessions de ce secret peut néanmoins constituer une difficulté à laquelle peut se heurter l'employeur dans la mise en œuvre de son obligation de sécurité de résultat.

En effet, ce dernier est appelé à répondre à cette obligation de protéger la santé et la sécurité de ses salariés, laquelle se veut exigeante et drastique.

Néanmoins, la mise en œuvre opérationnelle de cette obligation aurait voulu que l'employeur dispose, a minima, de quelques informations de nature médicale s'il l'on attend de lui que celui-ci prenne des mesures conservatoires idoines.

Or, toute communication de ces informations est proscrite, plaçant l'employeur, tout comme le médecin du travail, dans des injonctions paradoxales.

Les dernières évolutions législatives en matière d'inaptitude du salarié laissent entrevoir une évolution de ces pratiques, dans la mesure où les débats judiciaires portent sur des éléments pourtant relevant du secret médical.

Côté juges, l'on observe les mêmes "égratignures" portées au caractère absolu du secret médical. La question des tests salivaires en cas de consommation des stupéfiants en entreprise en est une excellente illustration. Elle n'est plus l'apanage du médecin du travail, mais peut être réalisée par tout autre salarié...

## **Alcool et foie**

Présidente : Pr Nathalie Ganne-Carrié (Bondy)

Modératrice : Dr Ève Gelsi (Nice)

**Hépatite C et mésusage d'alcool**  
Pr Vincent Mallet (Paris)

Le fardeau sociétal de l'hépatite C est étroitement lié à l'épidémiologie de cette infection et à ses comorbidités. Quatre ans après leur lancement, le bénéfice des nouveaux traitements de

l'hépatite C, en termes de réduction du nombre de cirrhoses et de cancers du foie, est établi. Un nombre croissant d'études observationnelles soulignent le rôle déterminant des comorbidités de l'hépatite C, notamment celui de la dépendance à l'alcool, dans la progression et le pronostic de cette maladie après traitement antiviral. La guérison de l'hépatite C n'autorise pas, pour les patients les plus graves, la reprise d'une consommation d'alcool "à risque". L'alcool contribue largement au fardeau de l'hépatite C dans les pays industrialisés.

Sans une prise en charge holistique des patients avec une hépatite C, et notamment addictologique, il est possible que les bénéfices des traitements antiviraux ne soient pas à la hauteur des ambitions de nos tutelles. Le message pour ces dernières est que les comorbidités de l'hépatite C, notamment la dépendance à l'alcool, doivent être dépistées et traitées, si l'on souhaite réduire le fardeau social et économique associé à l'hépatite C.

### **Maladie alcoolique du foie : que doivent savoir les addictologues ?**

Pr Romain Moirand (Rennes)

La maladie alcoolique du foie est fréquente chez les consommateurs à risque d'alcool, la prévalence de la cirrhose étant estimée de l'ordre de 6 à 10 %. La vulnérabilité des patients est cependant très variable, avec un risque qui est augmenté chez la femme, en cas de surpoids ou d'hépatite virale chronique associée. Il s'agit d'une atteinte longtemps totalement asymptomatique, qui peut évoluer de formes mineures (stéatose et stéato-hépatite), fréquentes, jusqu'à l'hépatite alcoolique grave, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, plus rares.

Les addictologues doivent : 1) dépister la cirrhose compensée, asymptomatique, qui nécessite des mesures de prévention simples (dépistage des varices à risque hémorragique et du carcinome hépatocellulaire, éviction de certains médicaments) et qui peut représenter un facteur motivationnel important chez certains patients, 2) connaître les signes qui doivent faire orienter un patient en urgence vers une prise en charge rapide et 3) s'impliquer dans la prise en charge des patients transplantés pour cirrhose alcoolique et carcinome hépatocellulaire avant et après la greffe de foie.

• **Judi 15 mars 2018**

## **Alcool et autres substances psychoactives**

Présidente : Mme Agnès Arthus-Bertrand (Solesmes)

Modérateur : Pr Olivier Cottencin (Lille)

**Un jeune polyconsommateur associant alcool et produits illicites fréquentant un CAARUD**  
Pr Maurice Dematteis (Grenoble)  
Que ferait l'assistance ?

Cette une situation où les sujets, souvent en grande précarité et pas forcément demandeurs de soins médicaux, ont des pratiques qui les exposent à un risque élevé d'overdose, de pathologies virales et d'autres conséquences somatiques. Il s'y associe souvent des éléments psychopathologiques qui complexifient le tableau. Face à ce type de situation, se posent souvent les questions suivantes : quels sont les objectifs ? Quelles stratégies proposées ? Par quoi commencer ? Et tout simplement comment amener le patient vers des soins ? Face à une littérature assez pauvre, seront discutées des approches fonctionnelles et pragmatiques, incluant les stratégies de réduction des risques et des dommages, et les stratégies substitutives.

**Un patient substitué par buprénorphine avec une dépendance à l'alcool et un usage régulier de cannabis**  
Pr François Paille (Nancy)  
Que ferait l'assistance ?

À partir d'un cas clinique concernant un patient substitué par BHD, seront abordées les questions posées par la prescription de TAO, les consommations et les troubles psychiatriques associés : alcool, tabac, troubles anxio-dépressifs.

La première réflexion portera sur l'adaptation optimale du TAO et sur ses effets sur l'ensemble des conduites addictives et des troubles psychiatriques.

Sera ensuite abordé le traitement spécifique de ces troubles associés.

Un point sera fait sur les données scientifiques actuellement disponibles sur tous ces éléments.

**Un patient alcoolotabagique avec une pharmacodépendance à de fortes doses de benzodiazépines**

Pr Romain Moirand (Rennes)  
Que ferait l'assistance ?

À partir de cette situation clinique, l'assistance sera amenée à réagir à deux questions. Comment faites-vous en pratique pour le sevrage ? Que pensez-vous de la prise de benzodiazépines au long cours chez les patients en mésusage d'alcool ?

Les quelques données probantes de la littérature et les recommandations actuelles seront ensuite résumées.

## Tabac et cannabis

Présidente : Dr Anne-Laurence Le Faou (Paris)

Modératrice : Dr Anne Borgne (Paris)

**Tabagisme et souffrance mentale : changement de paradigme**

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

C'est bien connu, la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Moins connu, la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux vont mourir d'une pathologie directement liée au tabac. Pour autant, cette partie particulièrement vulnérable de la population est peu encouragée à s'engager dans l'arrêt du tabac. Pourtant, les données disponibles montrent que ces fumeurs sont autant intéressés par l'arrêt du tabac que les fumeurs sans comorbidité psychiatrique.

Il faut reconnaître que, pendant de nombreuses années, l'hypothèse d'une automédication des troubles mentaux par le tabagisme a prédominé. Il a fallu attendre assez longtemps pour que ce mécanisme soit remis en cause. Les données en faveur d'une dégradation des symptômes psychiatriques avec le tabagisme, et à l'inverse d'une amélioration de symptômes avec l'arrêt du tabac, s'accumulent et doivent encourager les professionnels de santé à ren-

forcer l'offre de soutien et de traitement de la dépendance tabagique en milieu psychiatrique. Bien que les taux de succès à l'arrêt du tabac soient en général un peu moins bons s'il y a une comorbidité psychiatrique, ils restent parfaitement honorables ; plutôt que d'être pusillanimes, les professionnels de santé devraient largement proposer l'ensemble des stratégies thérapeutiques habituellement proposées aux fumeurs moins stigmatisés.

**Le point sur la cigarette électronique**

Pr Bertrand Dautzenberg (Paris)

Le vaporisateur personnel ou e-cigarette délivre depuis 2012 de façon fiable la nicotine. Selon l'Eurobaromètre 2017, il y a en France 3,8 millions de vapo-fumeurs, 2 millions de vapoteurs et 2 millions d'anciens fumeurs, anciens vapoteurs.

S'il fonctionne à sec, le dispositif libère formaldéhyde et substances toxiques. Bien utilisé, sans jamais fonctionner à sec, 200 bouffées/jour de vape font prendre au consommateur moins de formaldéhyde, d'acétaldéhyde et d'acroléine qu'en respirant dans une pièce respectant la valeur guide de la qualité de l'air ANSES, font prendre moins de métaux qu'autorisés pour les médicaments inhalés, mais apportent autant de nicotine que nécessaire au fumeur dépendant. Au contact d'une électrode bien humidifiée, la vaporisation fait que la température de l'e-liquide ne monte jamais au-dessus de 188 °C pour un liquide à base de propylène glycol et 288 °C pour un liquide à base de glycérine végétale.

La vape n'est utilisée que si elle plaît dans les cinq premières secondes. Un produit qui plaît est une exigence sanitaire. Cette exigence est applicable aux substituts nicotiques oraux. La vapoteuse est un outil efficace ( $\pm$  combinaison avec patchs nicotiques) afin que le fumeur ne soit jamais au cours de la journée en hyponicotinémie. L'avantage de cette parfaite compensation en nicotine est d'assurer un bon contrôle du poids et de l'humeur, qui renforce le plaisir d'arrêter de fumer.

**Quel bilan chez les usagers sévères de cannabis en fonction de l'âge ?**

Dr Michaël Bisch (Nancy)

À l'heure où l'acceptabilité sociale du cannabis dépasse celle du tabac chez les jeunes, à l'heure où son expérimentation relève plus du désir de conformité sociale que de la transgression, les jeunes consommateurs ont peu de repères leur permettant de se situer dans un continuum allant de l'usage à moindre risque au mésusage sévère (Obradovic I. Enquête ARAMIS, OFDT. *Tendances*. 2017 ; (122)).

Ce constat repose la question de ce qu'est un trouble de l'usage sévère concernant le cannabis.

Quand le mode d'usage quasi exclusif en France (inhalation de fumée de combustion) est le plus dangereux et le moins quantifiable qui soit, les évaluations – qualitative par une échelle de repérage – et quantitative – par comptage du nombre de "joints" ou de "douilles" – ne peuvent suffire.

Nous développerons ainsi dans une première partie l'évaluation clinique des consommations de cannabis, avec un intérêt particulier pour les modes de consommation.

Par ailleurs, les conséquences particulières chez les jeunes consommateurs sont à mettre en lien avec les facteurs environnementaux (notamment la période d'acquisition scolaire), mais aussi avec la spécificité du substrat neuro-anatomique sur lequel s'exerce l'action du cannabis.

Nous aborderons donc dans une seconde partie l'exploration clinique et les conduites à tenir en fonction de l'âge, face aux conséquences somatiques, psychiques ou psychiatriques d'un mésusage.

## Alimentation et alcool

Présidente : Mme Danielle Castellotti (Paris)

Modératrice : Dr Émeline Eyzop (Nantes)

**Addiction alimentaire**

Dr Paul Brunault (Tours)

Bien que l'alimentation soit largement disponible dans nos sociétés occidentalisées, et bien que le fait de manger soit une activité humaine essentielle et source de plaisir, ce n'est que récemment que des travaux scientifiques ont cherché à évaluer la pertinence du concept d'addiction à l'alimentation (i.e., perte de contrôle vis-à-vis de certains aliments riches en sucre, graisse et/ou sel, dommages, poursuite

du comportement malgré ces dommages). Cet intérêt est notamment lié à la mise à disposition récente des auto-questionnaires *Yale food addiction scale* DSM-IV-TR et DSM-5, qui font l'hypothèse qu'il est possible d'appliquer les critères DSM d'addiction à la consommation de certains aliments riches en sucre, graisse et/ou sel.

L'objectif de cette communication est de présenter une revue actualisée des connaissances relatives au concept d'addiction à l'alimentation : définition, modalités de mesure, facteurs associés, pertinence du modèle. Un nombre croissant de travaux souligne les proximités cliniques, neurobiologiques et en termes de facteurs de risque (biologiques, psychopathologiques, socioculturels) entre l'addiction à l'alimentation et les autres addictions. Ceci ouvre la voie à autant de perspectives et implications stimulantes pour les patients souffrant de dommages liés à cette addiction (obésité/syndrome métabolique) et pour les patients souffrant d'autres addictions (i.e., transferts d'addiction ?).

### **Du binge eating disorder à l'obésité sévère : une trajectoire bio-psychosociale**

Pr Olivier Ziegler (Nancy)

Le DSM-5 a reconnu le *binge eating disorder* (BED) ou accès hyperphagiques récurrents comme un trouble des conduites alimentaires (TCA) à part entière. Les sujets présentant un BED sont le plus souvent en surpoids ou obèses. La prévalence peut atteindre 30-40 % chez les personnes sévèrement obèses. Les TCA compulsifs décrivent un continuum, des compulsions au BED sévère en passant par les formes subsyndromiques. On parle d'alimentation émotionnelle, car les patients ont des difficultés à gérer ou contrôler leurs émotions. Le BED a un phénotype comportemental caractérisé par l'impulsivité des conduites alimentaires et par leur caractère répétitif et contraint, d'où le terme de compulsions/compulsivité. Certains experts le considèrent comme une addiction comportementale, ce que ne fait pas encore le DSM-5. Le BED est un indice de vulnérabilité psychique, souvent en rapport avec une histoire de vie difficile (carences affectives, histoire abandonnique, psychotraumatismes). Sa prise en charge relève de la thérapie cognitivo-comportementale

et en particulier d'un travail centré sur les émotions. Comme pour toutes les addictions, le risque de rechute est important au cours de la vie. BED et *binge drinking* ont bien des points communs quant à leurs mécanismes et à leurs conséquences : impulsivité, difficultés à gérer les affects négatifs, vulnérabilité psychique, persistance du comportement en dépit des conséquences négatives.

### **Quel bilan nutritionnel chez le patient en mésusage d'alcool ?**

Pr Ronan Thibault (Rennes)

## **Jeux de hasard et d'argent en populations alcooliques : le dessous des cartes**

Président : Dr Benjamin Rolland (Bron)

Modératrice : Pr Lucia Romo (Nanterre)

### **La co-occurrence des problèmes d'alcool et de jeu d'argent : modèles explicatifs et dépistage en contexte clinique**

Pr Joël Billieux (Luxembourg),

M. Aurélien Cornil, M. Gaëtan Devos

(Louvain-la-Neuve, Belgique)

Les troubles liés à l'alcool et au jeu d'argent présentent une comorbidité élevée. Dans ce contexte, il est important que les cliniciens confrontés à des personnes présentant des problèmes de consommation d'alcool possèdent des connaissances théoriques et pratiques relatives au dépistage des problèmes de jeu d'argent.

Le premier objectif de l'exposé est de présenter les critères diagnostiques (DSM-5, CIM-11) et les modèles théoriques dominants des troubles liés au jeu d'argent. Une attention toute particulière sera portée aux modèles permettant de rendre compte de l'hétérogénéité des conduites de jeu et de l'existence de sous-types de joueurs problématiques, certains de ces sous-types présentant plus fréquemment une co-occurrence de problèmes de jeu et d'alcool.

Le second objectif de l'exposé est de présenter une batterie d'outils validés en français et aisément utilisables en milieu clinique permettant de 1) quantifier les symptômes de jeu problématique (sur base de données normatives) et de 2) spécifier les dimensions psychologiques impliquées dans le développement et le maintien de ce trouble (par exemple, les cognitions liées au jeu, les motivations à jouer, le *craving*).

### **Résultats préliminaires de l'enquête sur les conduites de jeux de hasard et d'argent au sein des structures d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais**

M. Pierre Taquet (Lille),

Mme Marie Lingrand, Pr Olivier Cottencin

Le jeu d'argent pathologique est reconnu comme une pathologie addictive dans le DSM-5. L'addictologie s'intéresse à cette conduite de jeu et propose des consultations spécialisées un peu partout en France et dans le monde. De nombreuses études épidémiologiques en population générale montrent que le jeu d'argent pathologique constitue une véritable problématique de santé. Cependant, peu d'études se focalisent sur l'évaluation des conduites de jeux en population clinique.

La recherche REJA-NPDC a pour objectif de mesurer les pratiques de jeux au sein d'une population consultant en addictologie et d'en déterminer le versant pathologique. Courant 2016, 67 centres d'addictologie ont participé à cette recherche pour évaluer les conduites de jeux des patients majeurs venant consulter durant la même semaine. À partir des données de 1 000 personnes en consultation d'addictologie, nous présentons les résultats préliminaires concernant les conduites de jeu d'argent.

Cette étude montre que nous sommes encore une minorité à évaluer les conduites des jeux en addictologie malgré une problématique avérée. En comparaison aux données nationales, le taux de joueurs dans l'année est plus important chez les personnes consultant en addictologie qu'en population générale. Par ailleurs, le taux de joueurs présentant un risque dans la pratique de jeu d'argent est plus important dans la population en addictologie qu'en population générale.



## Formations de la SFA

---

### Entretien motivationnel

Animateurs :

Pr Jean-Bernard Daepfen  
(Lausanne, Suisse)

Mme Cristiana Fortini (Lausanne, Suisse)

Nos patients sont sensibles à la façon dont on s'adresse à eux. Pourtant, les interventions sont le plus souvent basées sur quoi faire plutôt que sur comment le faire. L'entretien motivationnel est un style de communication centré sur la personne, qui vise à guider le patient vers un changement en accordant une attention particulière à la façon dont on lui parle

Cet atelier a pour but d'introduire l'approche de l'entretien motivationnel : quelle attitude adopter qui respecte choix et autonomie du patient tout en lui permettant d'envisager un changement dans sa consommation ? Comment encourager sa réflexion plutôt que de la résistance ? Comment guider la conversation vers le changement ?

Au travers d'exercices pratiques, les participants pourront expérimenter les effets du réflexe correcteur du soignant, définir les postures plus aidantes à adopter, découvrir les processus de l'entretien motivationnel, pratiquer les outils, renforcer leurs compétences.

### Troubles cognitifs.

#### Repérage précoce et organisation brève – Diagnostics différentiels

Animateurs :

Mme Céline Boudehent (Caen)

Pr François Vabret (Caen)

Le trouble de l'usage d'alcool (TUAL) est à l'origine d'altérations neuropsychologiques concernant le fonctionnement de la mémoire et de processus exécutifs largement impliqués lors de soins addictologiques, mais également dans le quotidien des patients récemment sevrés.

Le repérage de ces troubles au sein de structures prenant en charge des patients présentant un TUAL est fondamental, nécessitant de choisir le bon outil de repérage au bon moment de la prise en charge afin d'en exploiter des informations fiables et utiles pour la poursuite des soins. Nous manipulerons donc au cours de cet atelier les principaux outils

concernés (BEARNI, MoCA, BREF...).

La recherche d'éléments objectivant la nature et l'intensité de troubles cognitifs est un indicateur important de l'organisation du parcours de soin (psychothérapeutique ou médico-social). Différentes structures pourront être sollicitées, en fonction du "diagnostic cognitif". Cette partie de l'atelier sera illustrée par des études de cas et les participants à l'atelier sont invités à exposer certaines de leur prise en charge questionnant la notion de "diagnostic cognitif" et de parcours de soin.

Différentes procédures de réhabilitation cognitive existent et seront décrites au cours de l'atelier (certaines du ressort des neuropsychologues, d'autres accessibles à tout soignant), leur utilisation ayant pour objectif de rendre le patient le plus autonome possible dans ses capacités à modifier son comportement vis-à-vis de l'alcool, tout en adaptant sa situation vis-à-vis de son environnement et sa situation médicale.

### • Vendredi 16 mars 2018

## Sessions parallèles

---

### 4<sup>es</sup> Rencontres de la revue

#### *Alcoologie et Addictologie.*

#### *Evidence-based medicine. Savoir lire et critiquer un article scientifique, une revue générale, une méta-analyse*

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

L'objectif de cet atelier est de donner des indications pratiques pour préparer et soumettre des manuscrits dans le domaine de l'alcoologie et de l'addictologie dans la revue ou ailleurs. Il existe différents formats pour présenter un travail : étude de cas, étude clinique, revue de la littérature, etc. Mais le critère principal de jugement d'un manuscrit soumis pour publication dans les revues à comité de lecture (*peer review*) est sa qualité méthodologique et sa rigueur. Le lecteur d'un article médical doit se poser la question suivante : puis-je avoir confiance dans les résultats qui sont présentés par les auteurs ? C'est cette qualité méthodologique qui permettra de porter un jugement sur la validité du travail présenté et son applicabilité à la pratique clinique. Car l'objectif de toute publication est bien d'améliorer nos connaissances et in fine nos pratiques au bénéfice des patients.

Malheureusement, la méthodologie d'un grand nombre de manuscrits soumis ne correspond pas encore au standard international ou même national. L'atelier qui est proposé s'inscrit comme un outil de formation continue méthodologique, très axé sur la pratique, notamment en mettant en avant l'intérêt des études de cas cliniques et des études observationnelles. Pour des raisons logistiques, nombre de cliniciens ne peuvent réaliser d'études cliniques de type études contrôlées, etc., mais ils sont confrontés au travers de leur pratique à des situations cliniques qui méritent d'être partagées au travers d'études de cas ou de cohortes bien décrites et étayées par une littérature solide.

L'objectif final est donc de promouvoir les différents formats de 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

Présidente : Dr Isabelle Rocher  
(La Roche-sur-Yon)  
Modératrice : Dr Amandine Luquiens  
(Villejuif)

### **Exposition professionnelle au public et usage d'alcool : résultats issus de la cohorte Constances**

Dr Guillaume Airagnes (Paris),  
Pr Cédric Lemogne, Pr Marcel Goldberg,  
Dr Marie Zins, Pr Frédéric Limosin

Objectif : les liens complexes entre demande émotionnelle au travail et addictions sont insuffisamment documentés. Nous avons étudié les associations entre exposition professionnelle au public et usage d'alcool.

Méthodes : 10 794 hommes et 14 040 femmes de la cohorte Constances ont déclaré un travail en contact avec le public. Les tensions avec le public (fréquentes versus rares) étaient rapportées, ainsi que la consommation hebdomadaire d'alcool, la fréquence des alcoolisations paroxystiques importantes et la catégorie de risque à l'*Alcohol use disorders identification test* (faible, dangereux, problématique ou dépendant). Les odds ratios (OR) d'usage d'alcool étaient calculés par régressions logistiques ajustées pour les facteurs sociodémographiques et pour les scores de dépression, de souffrance au travail et d'état de santé perçu. Résultats : chez les hommes, la tension avec le public était associée à un risque augmenté d'alcoolisations paroxystiques importantes. Chez les femmes, il existait des risques augmentés de consommation hebdomadaire d'alcool et d'être consommatrice à risque : OR (95 % IC) = 1,32 (1,14-1,52) et OR (95 % IC) = 2,12 (1,44-3,11) d'être respectivement dans la catégorie à risque dangereux et problématique ou dépendant versus à risque faible.

Conclusions : une meilleure compréhension des liens entre risques professionnels liés à l'exposition au public et conduites addictives devrait aboutir à des stratégies de dépistage et de prévention auprès des travailleurs exposés.

### **Diagnostic non invasif de la fibrose hépatique par élastométrie impulsionnelle au cours du sevrage alcoolique**

Dr Ludivine Legros (Rennes),

Dr Édouard Bardou-Jacquet, Dr Bruno Turlin, Dr Sophie Michalak, Dr Natacha Lacave Oberti, Dr Antonia Le Gruyer, Dr Karim Aziz, Pr François Vabret, Dr Gérard Le Dreau, Pr Dominique Guyader, Pr Romain Moirand

Introduction : la maladie alcoolique du foie est la cause la plus fréquente de cirrhose en Europe. Il est important de pouvoir dépister précocement la cirrhose dans la population à risque. Le bénéfice individuel du diagnostic précoce est certain. Pourtant, aucun marqueur non invasif de fibrose n'est validé, notamment devant la variabilité de la valeur de l'élastométrie impulsionnelle avec la consommation d'alcool, la cytolyse et la stéatose. Le but de cette étude était de déterminer si l'élastométrie pouvait éliminer une fibrose sévère et une cirrhose lors d'une hospitalisation pour sevrage alcoolique.

Patients et méthodes : nous avons mené une étude prospective, multicentrique, incluant des patients buveurs excessifs (plus de 21 unités standards par semaine pour l'homme, 14 pour la femme) depuis plus de cinq ans, hospitalisés pour un sevrage alcoolique et suspects d'être atteints d'une maladie alcoolique du foie (cytolyse prédominante en ASAT, > 1,5 LSN et élévation de la GGT), mais ne présentant pas de cirrhose évidente sur les données cliniques et paracliniques. Les patients sevrés plus de dix jours avant la biopsie ou ayant une autre maladie du foie étaient exclus. L'élastométrie impulsionnelle était mesurée grâce à un Fibroscan®. La validité de l'élastométrie était définie par une valeur < 7,1 kPa ou ≥ 7,1 kPa avec IQR/médiane ≤ 0,3. Une biopsie hépatique était réalisée dans les suites immédiates ; le score de fibrose selon METAVIR était considéré comme la référence.

Résultats : entre février 2013 et avril 2017, 1 733 patients ont été évalués, 307 ont été inclus. Les données préliminaires de cette étude portent sur 152 de ces 307 patients inclus ; 77 % étaient des hommes, l'âge médian était de 45 ans [38-52]. La consommation d'alcool était de 112 unités standards [50-170] par semaine, excessive depuis 15 ans [10-24]. À l'inclusion, les ASAT étaient à 105 UI/l [71-140], ALAT à 66 UI/l [45-96], GGT à 407 UI/l [185-890].

Sur le plan histologique, 24 patients étaient F4, 13 patients F3 et 115 patients F0-F1-F2. La stéatose était estimée à 25 % [11-60] ; chez 36 % des patients étaient décrites des lésions de stéatohépatite.

142 élastométries étaient interprétables, huit

étaient invalides et deux non réalisables techniquement. Les valeurs d'élastométrie étaient corrélées aux niveaux d'ASAT ( $p = 0,02$ ), de GGT ( $p < 0,0001$ ), de BMI ( $p = 0,009$ ), de stéatose ( $p = 0,04$ ), et à la présence de stéatohépatite ( $p < 0,0001$ ).

L'élastométrie était à 5,9 kPa [4,3-7,9] dans le groupe de patients ayant une fibrose ≤ F2, 17,8 kPa [11,2-29,8] dans le groupe F3 et 30,4 kPa [17,7-51,6] dans le groupe F4.

Avec un seuil de 7,6 kPa, l'élastométrie permettait d'éliminer la fibrose ≥ F3 avec une sensibilité et une valeur prédictive négative de 100 %, une spécificité de 72 % et une valeur prédictive positive de 52 % (AUC 0,96). Le seuil de 13,3 kPa permettait d'éliminer la cirrhose avec une sensibilité et une valeur prédictive négative de 100 %, une spécificité de 88 % et une valeur prédictive positive de 58 % (AUC 0,95). Une seconde élastométrie un mois après la biopsie hépatique était < 13,3 kPa chez 33 % des patients initialement considérés comme des faux positifs. Le maintien du sevrage pendant un mois n'était pas corrélé à l'évolution de l'élastométrie, des transaminases et de la GGT.

Conclusion : l'élastométrie impulsionnelle < 13,3 kPa permet d'éliminer la cirrhose dans la maladie alcoolique du foie, quelles que soient les valeurs de transaminases, de GGT, de BMI et de stéatose. Son utilisation permet d'éviter la biopsie hépatique chez 87 % des patients.

### **Intérêt de la N-acétylcystéine dans les troubles de l'usage d'alcool**

Mme Catherine Vilpoux (Amiens),  
Dr Sophie Lebourgeois, Dr Jérôme Jenblanc, M. Johann Antol, Pr Mickaël Naassila

De nombreuses études ont suggéré que la N-acétylcystéine est efficace non seulement dans la maladie alcoolique du foie (Nguyen-Khac et al., 2011, *New England J of Medicine*), mais aussi dans les troubles psychiatriques, neurologiques et addictifs (avec ou sans drogue). Ainsi, la N-acétylcystéine est utilisée hors AMM dans le traitement des troubles de l'usage de cannabis ou de la cocaïne. Un faible nombre de données est actuellement disponible concernant les troubles de l'usage d'alcool. Le mécanisme d'action de la N-acétylcystéine dans l'addiction n'est pas encore clairement établi, mais son efficacité serait relayée par la normalisation

des niveaux de glutamate, car un état hyperglutamatergique a été largement démontré dans plusieurs structures cérébrales, comme le cortex frontal et le noyau accumbens, chez les patients et dans des modèles animaux. Au niveau synaptique, la N-acétylcystéine est transportée dans les cellules gliales grâce à un système antiport contre la sortie de glutamate et augmente ainsi les taux de glutamate au niveau présynaptique, qui activent les récepteurs mGluR2/3, inhibant au final la libération synaptique de glutamate. De manière très intéressante, la N-acétylcystéine serait aussi efficace sur le comportement addictif grâce à son action antioxydante.

L'objectif de notre travail était d'étudier l'efficacité de la N-acétylcystéine dans différents modèles expérimentaux des troubles de l'usage d'alcool et notamment dans un modèle original de *binge drinking* et dans un modèle d'addiction. Nous avons démontré chez le rat que la N-acétylcystéine (100 mg/kg) réduit efficacement le comportement de *binge drinking*, la motivation à consommer et la rechute après une période d'abstinence (Lebourgeois et al., 2017, *Addiction Biology*). Dans un modèle d'addiction, dans lequel le sevrage est caractérisé par un état hyperglutamatergique, nos résultats démontrent que des doses plus faibles de N-acétylcystéine (25-50 mg/kg) réduisent la consommation d'alcool et la motivation à consommer pendant la phase aiguë du sevrage, et réduisent aussi à long terme la rechute (Lebourgeois et al., en préparation). Enfin, nous avons quantifié les transporteurs xCT dans le noyau accumbens des rats présentant une addiction à l'alcool.

Ces résultats seront discutés dans une perspective de relier les résultats des études cliniques et précliniques pour mieux comprendre en quoi la N-acétylcystéine peut constituer une option intéressante dans les troubles d'usage d'alcool.

**La remédiation cognitive :  
une réponse aux troubles  
cognitifs liés à l'alcool (TCLA)**

Mme Léa Hunsicker (Vandoeuvre-lès-Nancy), Pr Anne Maheut-Bosser, Pr François Paille

La consommation chronique et excessive d'alcool entraîne des troubles cognitifs qui sont aujourd'hui bien définis : atteinte des fonctions exécutives, des fonctions mnésiques et des fonctions visuo-spatiales. Plus récemment,

les atteintes de la cognition sociale et de la métacognition ont été bien documentées (Le Berre et al., 2017).

Les TCLA entraînent un retentissement sur la prise en soin addictologique habituelle basée sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Paradoxalement, ces thérapies nécessitent l'intégrité des fonctions cognitives, en particulier de la mémoire et des fonctions exécutives. La réversibilité potentielle des TCLA a été démontrée avec l'abstinence voire avec une réduction importante de la consommation, même dans les cas sévères. Toutefois, la récupération pourrait être plus rapide voire potentiellement plus complète avec une prise en charge par remédiation cognitive (e.g., Bates et al., 2013, pour revue). La rééducation cognitive doit se centrer sur les fonctions déficientes, évaluées initialement par un bilan neuropsychologique. En revanche, la stimulation cognitive garde tout son intérêt dans les formes légères à modérées de TCLA.

Cette communication propose une revue des études portant sur la remédiation cognitive, méthodes et efficacité, ainsi qu'une réflexion sur son intégration dans des parcours addictologiques adaptés.

Par ailleurs, des axes de recherches multicentriques sont à développer, pour évaluer et améliorer la pertinence des programmes de rééducation cognitive, qui relèvent de structures addictologiques spécialisées et s'adressent à des patients avec des atteintes conséquentes.

**Comparaison de méta-analyses  
fréquentistes et bayésiennes  
sur l'efficacité d'outils de  
remédiation cognitive (CBM)  
vis-à-vis des biais cognitifs  
et de la consommation d'alcool**

M. Oulmann Zerhouni (Nanterre),  
M. Ruben J.J. van Beek, M. Maarten  
Marsman, Mme Kyriaki Nikolaou,  
Mme Marilisa Boffo, Pr Reinout W. Wiers

La survenue et le maintien de la consommation d'alcool sont sous-tendus par des biais cognitifs automatiques vis-à-vis de l'alcool. Les interventions visant à modifier ces biais cognitifs (CBM) cherchent à réduire ces processus automatiques inadaptés. Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les effets des CBM sur (i) les biais cognitifs et (ii) sur la consommation d'alcool en nous axant sur les essais cliniques en les différenciant des

échantillons subcliniques (e.g., étudiants). Les analyses ont été menées via des modèles d'effets aléatoires fréquentistes et bayésiens.

20 études portant sur l'effet des CBM sur les biais cognitifs et sur la consommation réelle ont atteint nos critères d'inclusion. Les résultats préliminaires des analyses fréquentistes indiquent une réduction moyenne à l'égard des biais cognitifs liés à l'alcool attribuables au CBM et une réduction faible de la consommation réelle au post-test.

Le modèle bayésien des effets aléatoires a montré un faible effet sur les biais cognitifs vis-à-vis de l'alcool. Les modérateurs potentiels comme le nombre d'essais, le type d'intervention et le temps entre les séances ont été inclus dans les analyses. Nous discutons les limites des modèles de recherche actuels et nous proposons des suggestions pour l'amélioration des CBM.

**De l'alcoologie à l'addictologie :  
évolution du programme  
collectif en éducation  
thérapeutique dans un SSR  
des conduites addictives**

Dr Bruno Bas (Font-Romeu),  
E. Beaulaton, C. Bonnet, O. Chausson,  
C. Pouget, S. Soetincq

Suite à une évolution de la population accueillie (de l'alcoologie à la polyaddiction), un désir de réorganiser et valoriser l'activité d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est née au sein de notre clinique. Une formation en interne et une évaluation des pratiques professionnelles autour de l'équipe pluridisciplinaire ont été engagées. Ceci nous a permis de formaliser un support de diagnostic éducatif intégrant les spécificités des patients addicts. L'objectif de notre travail était alors une refonte complète du programme collectif d'ETP.

Notre travail s'est organisé sur deux ans en trois phases : 1) un état des lieux initial ; 2) l'élaboration d'un nouveau programme ; 3) l'évaluation de ce programme.

Pour la phase 1, nous avons conduit une analyse du pourquoi et comment de chaque étape du parcours du patient.

Pour la phase 2, nous nous sommes appuyés sur une analyse des recommandations, un travail bibliographique et la création de groupes pluridisciplinaires qui ont travaillé sur le contenu des ateliers avec pour support une trame type créée par l'équipe de l'UTEF.

Pour la phase 3, nous avons mis en place une



évaluation quantitative (questionnaire entrée-sortie) et qualitative (entretien infirmier de sortie) de l'évolution des connaissances et des besoins des patients.

Les phases 1 et 2 nous ont permis de définir deux axes pour le nouveau programme : 1) les connaissances et conséquences des mécanismes addictifs ; 2) le changement de comportement. Certains ateliers ont été gardés ou supprimés, d'autres ont été remodelés ou créés. La mesure de la satisfaction sur un an (patients/professionnels) a montré un taux de 3,42/4 et de nombreux axes d'amélioration proposés ont été exploités. En ce qui concerne l'évaluation, les données quantitatives et qualitatives sont en cours d'analyse.

Ce travail collectif nous a permis de mieux intégrer les spécificités de la population accueillie et de proposer un programme d'ETP encore plus individualisé. L'UTEF poursuit sa réflexion et l'évaluation de son projet.

## Thérapeutiques

Présidente : Dr Vanessa Slimani (Paris)  
Modérateur : Dr Éric Hispard (Paris)

### **Comment prendre en charge les troubles du sommeil chez les patients avec mésusage d'alcool ?**

#### **Comprendre les troubles du sommeil, leur expression clinique et leurs conséquences**

Mme Alice Laniepece (Caen),  
Dr Nicolas Cabé, M. Shailendra Segobin,  
Dr Françoise Bertran, Mme Angeline Maillard, Mme Céline Boudehent,  
Pr François Vabret, Mme Géraldine Rauchs, Pr Anne-Lise Pitel

Le trouble de l'usage d'alcool (TUAL) s'accompagne d'altérations cérébrales et cognitives de nature et de sévérité variables, ainsi que de troubles du sommeil. Ces derniers sont présents aux différents stades de la prise en charge des patients : alcoolisation aiguë, sevrage, mais aussi abstinence ou projet de consommation contrôlée. Après le sevrage, 91 % des patients présentent une plainte de sommeil. Dans de nombreux cas, cette plainte est authentifiée par des altérations objectives du sommeil, tant sur le plan qualitatif que

quantitatif. Les difficultés de sommeil peuvent persister malgré plusieurs mois d'abstinence et favoriser la rechute. Bien qu'il soit clairement établi que le sommeil contribue au bon fonctionnement cérébral et cognitif, son implication comme facteur explicatif des atteintes cérébrales et cognitives dans le TUAL reste à ce jour peu documentée.

Notre présentation proposera un aperçu des avantages et des inconvénients des différents outils à disposition des cliniciens pour évaluer la qualité du sommeil, à savoir les questionnaires et agendas de sommeil, l'actimétrie et la polysomnographie. Nous évoquerons ensuite les résultats préliminaires de nos études évaluant les liens entre la qualité du sommeil, évaluée au moyen d'un questionnaire et d'une polysomnographie, et les atteintes cognitives et cérébrales de patients TUAL récemment sevrés.

### **Traiter les troubles du sommeil chez les patients souffrant de trouble de l'usage d'alcool**

Dr Nicolas Cabé (Caen), Mme Alice Laniepece, Mme Céline Boudehent,  
Pr Anne-Lise Pitel, Pr François Vabret

Les troubles du sommeil chez les patients souffrant de trouble de l'usage d'alcool constituent un double défi, diagnostique et thérapeutique. Ils sont fréquents, primaires ou induits, et aggravent le pronostic addictologique en favorisant la rechute. Ils sont liés aux conduites d'alcoolisation, au sevrage, ou constituent une complication qui persistera avec l'abstinence. Ils nécessitent une démarche diagnostique fine tenant compte des aspects pharmacologiques, psychiatriques et neuropsychologiques.

L'un des meilleurs traitements de ces troubles du sommeil reste l'arrêt de toute consommation. Néanmoins, l'abstinence peut être difficile à maintenir lorsque les troubles persistent après le sevrage. Une altération du sommeil aggrave les éventuels déficits cognitifs présents chez les patients, et peut accentuer un *craving* d'alcool en lien avec les effets sédatifs du produit.

Les options thérapeutiques nécessitent une certaine prudence au regard du caractère addictogène de certains traitements. Notre présentation proposera un tour d'horizon des stratégies thérapeutiques existantes, en tenant compte des particularités des patients souffrant de trouble de l'usage d'alcool, pour un projet d'abstinence ou de consommation contrôlée :

psychoéducation et hygiène de sommeil, thérapies à médiation corporelle, thérapies cognitivo-comportementales, approches médicamenteuses, prise en charge d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, ou bien encore l'uminothérapie.

### **La thérapie narrative**

Pr Gérard Ostermann (Bordeaux)

Après avoir rappelé la manière dont Paul Ricœur a posé la question de l'identité comme une identité narrative (1), nous décrivons comment l'approche narrative, développée par Michael White (2) et David Epston, permet de donner corps à ce concept. Les conversations thérapeutiques permettent au sujet de déconstruire l'histoire dominante et ses conclusions identitaires négatives, pour construire une histoire alternative plus riche. Cette construction s'appuie sur les questions externalisantes et la mise en évidence des exceptions. Le sujet redevient auteur de sa propre vie en tissant, à partir des moments d'exception, des histoires relationnelles où ses actions correspondent à ses intentions. Un récit n'est pas un retour au passé, c'est une réconciliation (3, 4).

### **Références bibliographiques**

- 1 - Ricœur P. Les paradoxes de l'identité. *L'information psychiatrique*. 1996 ; (3).
- 2 - White M. Cartes des pratiques narratives. Molenbeek : Satas ; 2009 : p. 70 et suivantes.
- 3 - Betbèze J, Ostermann G. L'identité narrative. *La Lettre du Psychiatre*. 2005 ; XI (5).
- 4 - Ostermann G, Betbèze J. L'identité est-elle soluble dans l'alcool ? *La Lettre du Psychiatre*. 2005 ; XI (5).

## Politique "Alcool"

Président : M. Jean-Claude Tomczak (Cocheren)

Modérateurs : Pr Amine Benyamina (Villejuif)  
Pr Mickaël Naassila (Amiens)

### **Problèmes posés par l'alcool : quelles perspectives après le plan gouvernemental 2013-2017 ?**

Dr Nicolas Puisse (Mildeca, Paris)  
Dr Pierre Arwidson (Santé publique France, Saint-Maurice)  
Dr Bernard Jomier (Sénateur de Paris)

## Le point sur le baclofène

Président : Pr Jean-Bernard Daeppen  
(Lausanne, Suisse)

Moderateur : Pr Nicolas Simon (Marseille)

### Données de la littérature sur l'efficacité

Pr François Paille (Nancy)

On dispose peu à peu de données scientifiques plus nombreuses sur le baclofène. Cette présentation synthétique portera sur son efficacité évaluée dans les 13 études contrôlées en double aveugle baclofène versus placebo disponibles. Ce choix est dû au fait que la forte médiatisation de ce médicament induit un effet placebo renforcé qui rend l'interprétation des études ouvertes particulièrement délicate.

Il ressort des études :

- qu'elles présentent souvent des faiblesses méthodologiques à des degrés divers, notamment un nombre de données manquantes souvent important ;

- qu'elles ont utilisé des méthodologies différentes : patients dépendants ou non, sevrés d'alcool avant mise sous baclofène ou non, consommations d'alcool d'importance variable (allant du simple au triple), de même que le soutien psychosocial associé. Les posologies de baclofène différaient beaucoup, de 30 à 300 mg par jour. Le nombre de patients inclus variait également de un à dix. Enfin, les critères de jugement étaient plus ou moins contraignants, allant de l'abstinence continue pendant plusieurs mois à la réduction de consommation à la dernière évaluation. Tous ces éléments expliquent, au moins en partie, que les résultats produits par ces études soient discordants. La méta-analyse disponible en ce qui concerne l'efficacité du baclofène sur la réduction de consommation n'a inclus qu'une petite étude et ne permet aucune conclusion (Palpacuer, 2018). Celle de Pierce (non publiée) sur l'aide au maintien de l'abstinence, fait apparaître une efficacité sur trois critères : délai de reprise d'une consommation, pourcentage de jours d'abstinence et pourcentage de patients abstinents à la fin de l'étude. La taille de l'effet est faible à modérée sur les deux premiers critères, meilleure sur le 3<sup>e</sup> qui est moins contraignant. Comme pour les autres médicaments anti-craving ayant déjà une AMM, l'efficacité appa-

raît meilleure chez les patients ayant une consommation d'alcool importante.

Pour permettre une conclusion forte en ce qui concerne l'efficacité du baclofène, les connaissances scientifiques devraient être améliorées par un essai clinique construit à partir des connaissances accumulées sur ce médicament. Il devrait également apporter les réponses concrètes indispensables à une utilisation basée sur les preuves et raisonnées.

### Données de la littérature sur la tolérance

Dr Sophie Gautier (Lille)

À ce jour, plus de 100 000 patients ont été traités par baclofène dans le contexte de l'alcoolodépendance, et le profil de risque de la molécule dans ces nouvelles conditions d'utilisation (hors AMM, fortes doses) s'est enrichi de la mise en place d'un suivi par la biais d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), des observations rapportées par les professionnels de santé ou les patients auprès de structures de pharmacovigilance ou de structures spécifiques de suivi (CAMTEA par exemple) et des données scientifiques internationales. Les effets neurologiques et psychiatriques sont rapportés de façon prédominante (sommolence, confusion, vertige, troubles du sommeil, dépression...) et, dans une moindre mesure, les troubles généraux, gastro-intestinaux et musculo-squelettiques sont rapportés. Certains de ces effets sont dose-dépendants, cette dose-dépendance s'exprimant de façon individuelle. On retrouve dans de nombreuses observations des facteurs confondants (utilisation concomitante d'alcool, autres psychotropes, autres substances psychoactives...) qui compliquent l'analyse du lien entre traitement par baclofène et survenue de certains événements indésirables (convulsions, idées suicidaires notamment). La prescription chez certains patients (antécédents psychiatriques, de convulsions, patients borderline...) doit être prudente et décidée après analyse bénéfiques/risques.

### Prescrire le baclofène en pratique : modalités de prescription, conduite du sevrage d'alcool, modalités de déprescription

Dr Florence Vorspan (Paris), Dr Julien Azuar, Dr Maeva Fortias, Dr Alexandra

Dereux, Dr Frank Questel, Pr Frank Bellivier, Mme Lucie Chevillard, Pr Xavier Declèves, Dr Vanessa Bloch

Nous présentons plusieurs études récentes dans des situations cliniques spécifiques.

Sur les modalités de prescription du baclofène à haute dose, nous avons conduit une nouvelle étude de pharmacocinétique de population chez 143 patients alcoolodépendants traités par baclofène, répondeurs ou non répondeurs. Les paramètres pharmacocinétiques observés étaient un volume de distribution de 44,5 L, une clairance apparente de 8.03 L/h et une demi-vie de 3,85 h, sans influence significative des perturbations du bilan hépatique (Chevillard et al., 2017, *Fundam Clin Pharmacol*).

Sur la situation spécifique des patients dépendants de l'alcool, traités par baclofène haut dosage et qui nécessitent néanmoins des sevrages hospitaliers d'alcool, nous avons conduit une étude rétrospective sur dossiers. Elle comparait 31 patients alcoolodépendants traités par baclofène à dose stable hospitalisés pour sevrage à 31 patients appariés. Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans la dose de benzodiazépine nécessaire pour contrôler les symptômes de sevrage chez ces patients, à l'exception du petit nombre de patients cirrhotiques traités par baclofène qui recevaient des doses de benzodiazépine inférieures de moitié (Martinez et al., 2017, *Fundam Clin Pharmacol*).

Sur les modalités de décroissance et de déprescription du baclofène après traitement à haute dose, nous discuterons les dernières données disponibles.

## Communications affichées

### Les enjeux de la rencontre addictologique en CHRS

Mme Flora Bance (Paris)

Former les professionnels de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à mener un premier entretien addictologique est un enjeu majeur pour toute la suite du parcours de soin dont pourra bénéficier un usager en situation de grande précarité sociale et psychique. Au cours de ce premier entretien, l'usager va pouvoir :

- Parler de sa consommation et l'évaluer.
- Bénéficier d'une information en prévention ou réduction des risques.
- Peut-être formuler une demande de changement.
- Enfin, si nécessaire, être accompagné vers le soin.

Cette première rencontre ne nécessite pas d'être un professionnel spécialisé en addictologie, ni ne se substitue au travail des structures de soin. Il s'agit de permettre aux professionnels de CHRS de se sentir à l'aise et légitimes à parler des consommations avec les usagers. Leur légitimité à le faire se fonde sur leur présence au quotidien auprès des usagers. Leur aisance sera renforcée par les apports de la formation, une meilleure connaissance des substances psychoactives et des processus de l'addiction (de l'expérimentation à la dépendance), mais surtout par l'important travail sur les représentations.

L'Irema, institut de formation professionnelle spécialisé en addictologie, poursuit cet objectif depuis de nombreuses années, partout sur le territoire national.

**L'éradication du virus de l'hépatite C par les antiviraux directs est possible chez les patients usagers de drogues et/ou alcoolodépendants**

Dr Camille Barrault (Créteil), Dr Jean-Baptiste Trabut, Dr Damien Carmona, Dr Frank Questel, Dr Willy Kini Matondo, Mme Murielle François, Dr Héléne Charlot, Pr Christophe Hezode

Contexte : chez les patients usagers de drogues et/ou alcoolodépendants, la prévalence du VHC est élevée, mais l'accès au traitement est faible malgré un haut risque de 1) transmettre le virus et de 2) développer une cirrhose. Il existe peu de données sur l'utilisation des traitements sans interféron dans ce contexte.

Objectif : évaluer prospectivement l'efficacité des antiviraux directs chez les patients "addicts".

Méthodes : les patients infectés par le VHC avec suivi en consultation d'addictologie ont été traités par antiviraux directs après examen des indications par une équipe d'addictologues, hépatologues et pharmaciens.

Résultats : 50 patients ont été traités dont 28 avaient une cirrhose. Parmi eux, 68 % recevaient un traitement de substitution aux

opiacés et 72 % étaient alcoolodépendants, 42 % souffraient d'une comorbidité psychiatrique et 56 % avaient un logement précaire. Pendant le traitement, 14 patients avaient un mésusage d'alcool. Le virus était éradiqué dans 90 % des cas.

Conclusion : l'utilisation de nouvelles combinaisons orales anti-VHC semblent très efficaces chez les patients "addicts" même en situation médico-psychosociale précaire. Le dépistage et le traitement du VHC doit s'intensifier dans cette population pour éviter les conséquences hépatiques.

**Étude d'un outil de dépistage du mésusage de l'alcool pendant la visite d'aptitude dans les armées**

Dr Florianne Casanova (Clermont-Ferrand), Dr Sébastien Sicard

Le problème de mésusage d'alcool est fréquent chez les militaires. Le dépistage est difficile : pour valider ces propos, 102 questionnaires AUDIT ont été remplis par des militaires lors de leur visite médicale, les résultats ont été pris en compte dans la décision médicale de l'aptitude à servir dans les armées. Ces questionnaires ont ensuite été comparés aux mêmes questionnaires remplis par un groupe anonyme sans conséquences socioprofessionnelles.

Le résultat est une moyenne de score AUDIT plus élevé dans le groupe anonyme (8,62 [6,99-10,25]) que dans le groupe aptitude (5,1 [4,36-5,84]). Ainsi, le questionnaire AUDIT est un mauvais outil de dépistage : le militaire peut facilement omettre ou mentir en répondant au questionnaire pour éviter une inaptitude au travail.

Dans cette étude, on trouve qu'un âge supérieur à 30 ans est un facteur protecteur de mésusage d'alcool, de même que la vie en couple.

La prévalence d'une surconsommation d'alcool dans les armées est confirmée dans cette enquête. Mais dépister un trouble lié à l'alcool est important si et seulement si une prise en charge efficace est proposée, avec diagnostic et traitement des comorbidités.

**Quand la complexité met au défi d'innover. L'expérimentation de l'auto-gestion collective en territoire résilient**

Mme Véronique Cochet (Tours),  
Mme Claudie Rey

De nos jours, où la pratique de l'ensemble des acteurs du champ médico-social se voit confrontée à l'uniformisation de la pensée au gré de dispositifs publics, force est de nous retrouver, au-delà de l'éthique partagée : le temps de la pensée collective, au service de l'autre. L'autre, dans toute son altérité si complexe et mouvante, traversée par le spectre de la dépendance. Face à un tel défi, il nous faut prendre le risque de naviguer hors-cadre, là où les frontières s'estompent au fil des rencontres. Il s'agit bien là d'y croire, afin d'associer la personne-patient à nos côtés, et ce, dans sa totalité.

"Si ailleurs existe, ce n'est pas pour un meilleur. Et si un meilleur existe, il n'est peut-être pas ailleurs."

Face au désengagement de certains, il nous faut observer "à la loupe", décloisonner en cadre d'intervention spécifique. La transdisciplinarité comme possible de réalisations multiples. Du territoire en voie de résilience, émergera la force de l'auto-gestion collective nécessaire à la réalisation d'une approche clinico-sociale de la personne-patient efficiente et humaine. Une dynamique avec pour trajectoire de rendre lisible – au regard de la politique préventive de santé publique et de l'agir médico-social – l'urgence de valoriser la recherche-action comme inévitable pour penser la complexité, là même où le contexte apparaît précaire dans sa terre et dans sa chair.

**Le conditionnement évaluatif : une intervention cognitive brève visant à modifier les comportements d'addiction chez les patients alcoolodépendants**

M. Meira Dandaba (Poitiers),  
Pr Nematollah Jaafari, Pr Armand Chatard

En accord avec les modèles duaux de la cognition, de fortes associations implicites entre l'alcool et des affects positifs prédisent une augmentation de sa consommation au cours du temps ; surtout lorsque les capacités de contrôle cognitif, telles que l'inhibition et la mémoire de travail, sont altérées. Des études sur le conditionnement évaluatif ont rapporté une efficacité de cette technique dans la modification des associations automatiques, ainsi que la réduction de la consommation d'alcool chez des étudiants ; cependant elle n'a jamais

été testée chez des patients ayant des troubles d'usage d'alcool.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer son efficacité thérapeutique sur la réduction de la consommation d'alcool chez ces patients. Il s'agissait d'un essai clinique, randomisé, en simple insu, monocentrique.

Afin d'illustrer notre méthodologie, nous rapportons dans la présente communication un cas clinique où, efficacement, cette tâche de réentraînement a permis d'obtenir une réduction de la consommation d'alcool de 75 % en 15 jours et de le maintenir trois mois après. Cette technique, si elle est valorisée, pourrait être une offre de soins économique, non invasive et efficace.

**Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage d'alcool et situations particulièrement complexes**

Dr Elvire Geonget (Bordeaux),  
Pr Philippe Castéra, Dr Benoît Fleury,  
Dr Sylvie Maurice

Objectif : devant la réticence des médecins généralistes à s'impliquer en alcoologie, identification des difficultés des internes en stage. Matériel et méthode : étude des 187 portfolios ayant permis la validation du DES à l'Université de Bordeaux en 2014 et description des difficultés rencontrées à travers l'analyse qualitative des 99 scripts développant des "problématiques alcool".

Résultats : les difficultés concernent quatre domaines : connaissances en alcoologie (97 % des internes), aspects relationnels (45 %), organisationnels (36 %) et situations médico-légales (10 %).

Trois situations complexes associent des difficultés dans plusieurs domaines.

Aborder le sujet de l'alcool pose problème, qu'il s'agisse de formuler une question, quantifier une consommation, établir un échange ou du temps disponible.

L'existence supposée d'un déni est considérée comme un obstacle à l'évocation du mésusage, voire comme une impasse thérapeutique. L'interprétation de la consommation déclarée est gênée par le doute sur sa véracité.

Lors des demandes de soins pressantes, la définition d'un objectif thérapeutique, les indications du sevrage hospitalier, l'identification des structures ambulatoires et les relations

avec l'entourage du patient ou entre soignants apparaissent problématiques.

Conclusion : des modifications pédagogiques concernant la formation addictologique des internes sont proposées afin de répondre aux principales difficultés.

**Pensées répétitives négatives et trouble de l'usage de l'alcool : évaluation et lien en fonction du genre**

M. Tristan Hamonniere (Boulogne-Billancourt), Pr Isabelle Varescon,  
Dr Florence Vorspan, Dr Xavier Laqueille

Introduction : plusieurs études ont mise en évidence des liens entre ruminations ou inquiétudes et consommation d'alcool (Caselli et al., 2008, 2010, Devynck et al., 2016). Par ailleurs, Nolen-Hoeksema et Harrell (2002) ont montré que les ruminations étaient un prédicteur des problèmes d'alcool uniquement chez les femmes. Toutefois, les ruminations et les inquiétudes sont aujourd'hui conceptualisées comme un processus cognitif transdiagnostique de "pensées répétitives négatives" (PRN), et des mesures spécifiques ont été développées (Ehring, Watkins, 2008).

L'objectif de notre étude est donc 1) d'évaluer les PRN et la consommation d'alcool, 2) de vérifier s'il existe une différence selon le genre. Méthode : 41 hommes et 22 femmes diagnostiqués trouble de l'usage de l'alcool (TUAL), ont répondu à des auto-questionnaires évaluant la consommation d'alcool (AUDIT) et les PRN (PTQ).

Résultats : en moyenne, les femmes présentent des scores de pensées répétitives significativement plus élevés que les hommes. Par ailleurs, on retrouve des corrélations significatives entre les dimensions de l'AUDIT et du PTQ plus nombreuses et plus fortes chez les femmes.

Discussion-conclusion : ces résultats soutiennent l'hypothèse du rôle des PRN dans le TUAL. De plus, il est possible que ce processus soit un facteur de risque plus important chez les femmes. Toutefois, il est nécessaire d'approfondir l'effet du genre à travers des analyses de modération et sur un échantillon de plus grande taille.

**Perceptions des collaborateurs sur la prise en charge aux urgences des patients avec une problématique d'alcool**

Dr Florent Langlest (Genève, Suisse),  
Dr Pires Luis Martins, Pr Olivier Rutschmann, Pr Guido Bondolfi,  
Pr Sarasin, Dr Riaz Khan

Il s'agit d'une étude observationnelle menée auprès des collaborateurs du service des urgences de l'Hôpital universitaire de Genève. La prise en charge des patients avec une problématique d'alcool mérite une approche protocolée et standardisée, comme on peut constater que 49 % des patients vus au tri repartent sans consultation médicale.

Le but de cette enquête a été de réunir grâce à un questionnaire le point de vue des collaborateurs en contact avec ces prises en charge et d'en tirer des trajectoires adaptés pour les patients se présentant aux urgences pour un motif de problématique alcoolique. La problématique alcoolique a été sous-divisée en trois motifs : l'alcoolisation aiguë, le sevrage avéré et la demande de sevrage.

L'enquête met en évidence de la part des collaborateurs une meilleure reconnaissance de la problématique au tri avec une médicalisation d'emblée, ainsi que la demande d'une meilleure structuration de la prise en charge.

L'enquête a aussi identifié que l'alcoolisation aiguë et le syndrome de sevrage avéré sont des prises en soins mixtes, à savoir somatique et psychiatrique. Par contre, la demande de sevrage aux urgences a été considérée comme une prise en charge psychiatrique.

**Qu'attendent les patients obèses de leur médecin généraliste ?**

Dr Anissa Nakrachi (Tourcoing),  
Dr Anita Tilly

L'obésité touche 7 millions de personnes en France. L'abord de la problématique "poids" en médecine générale est difficile, du fait d'une stigmatisation avérée de cette population.

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu, les représentations et les attentes de patients adultes obèses concernant l'abord et la prise en charge du poids en médecine générale.

Nous avons réalisé un étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, l'analyse des données a été thématique, avec triangulation et saturation des données.

Les patients rapportaient un vécu principalement empreint de souffrance et de sentiment de jugement, et ce, concernant le monde médi-



cal et la société en général. Les représentations autour des termes médicaux liés au poids étaient marquées par un rejet du terme "obésité morbide". Certains patients remettaient en cause la notion même d'indice de masse corporelle. Leurs attentes concernant l'abord de la problématique "poids" comprenaient les notions de respect, confiance, globalité de la personne et suivi.

Le vécu de souffrance et de stigmatisation, le sentiment d'injustice et de jugement rapportés par les patients sont des données trouvées dans la littérature, ainsi que la remise en cause de l'indice de masse corporelle. L'éducation thérapeutique du patient et l'entretien motivationnel semblaient applicables dans le cadre de l'obésité, du fait de l'approche globale et multidisciplinaire de ces techniques et des changements comportementaux à initier dans cette démarche de soins.

En conclusion, l'abord de la problématique "poids" chez les patients obèses est difficile et nécessite une relation de confiance entre patient et soignant. Il doit être déculpabilisant et ne pas discriminer la personne. Le terme d'obésité "morbide" semble à proscrire, générant une souffrance notable chez les patients de cette étude.

**Mise en place de l'observatoire de la suralcoolisation des jeunes de Bordeaux (15-24 ans) du 01/01/2010 au 31/12/2016**

Dr Sébastien Orazio (Bordeaux),  
Dr Benoît Fleury, Pr Grégory Michel

Nous présentons un outil permettant d'objectiver l'activité "suralcoolisation" des jeunes de 15 à 25 ans sur le territoire de la ville de Bordeaux. Cet outil doit permettre d'évaluer l'évolution du phénomène, en offrant une possibilité de lecture rétrospective, mais aussi comparative, dans le temps et dans l'espace.

Cette première étape permet pour l'instant de rendre compte uniquement de l'impact sanitaire du problème. L'observatoire est constitué à partir des bases de données du SAMU 33 et des urgences du CHU de Bordeaux. Des algorithmes informatiques permettent de chaîner les appels au SAMU 33 avec les entrées dans les services d'urgence.

Au final, le nombre de suralcoolisations enregistrées sur la période de six ans est de 6 806 cas. Le plus souvent, les victimes sont retrouvées sur la voie publique (67 % des appels) ou à leur domicile (27 % des appels). 6,5 % des cas enregistrés sont multirécidivistes. L'évolution mensuelle du taux d'incidence de suralcoolisation pour 10 000 personnes-années permet de visualiser des tendances saisonnières fortes. On observe une possible nouvelle progression du problème en fin 2016, qui reste à valider en intégrant les données plus récentes.

Nous envisageons d'intégrer les données d'autres sources d'informations (sociales : police, associations...) et de cartographier les quartiers à sur-risque de suralcoolisation.

**Étude rétrospective de l'intérêt d'un partenariat entre un service d'addictologie et un service de soins de suite et de réadaptation polyvalent sur la récupération cognitive**

Mme Hélène Poussier (Ifs),  
Mme Angéline Maillard, Mme Céline Boudehent, Mme Coralie Lannuzel,  
Dr Nicolas Cabé, Dr Angel Vicente,  
Pr François Vabret, Pr Anne-Lise Pitel

Tandis que les connaissances concernant l'impact des consommations d'alcool sur le fonctionnement cognitif sont maintenant bien établies, la prise en charge des patients présentant des troubles neuropsychologiques peine à évoluer. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un partenariat entre un service d'addictologie et un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent sur la récupération cognitive des patients présentant des troubles neuropsychologiques.

Dans le cadre d'une étude rétrospective, les données d'un groupe de 77 patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUAL) ont été analysées. Les fonctions neuropsychologiques les plus fréquemment altérées chez les patients TUAL ont été évaluées avant et après une prise en charge pluridisciplinaire de trois semaines en SSR.

Les résultats indiquent une amélioration significative de toutes les fonctions cognitives évaluées, quelle que soit la nature de la prise en

charge proposée au sein du centre. Les performances neuropsychologiques sont également normalisées, et ceci d'autant plus lorsque les patients ont bénéficié de séances de remédiation cognitive.

Il semble donc important d'allonger le parcours de soin des patients TUAL ayant des troubles cognitifs afin de leur permettre d'être cognitivement capables de bénéficier d'une prise en charge et de maintenir leur contrat thérapeutique.

**Projet TéléMAC – Télémédecine en addictologie dans un camping-car**

Dr Géraldine Vandersnickt (Bordeaux),  
Dr Benoît Fleury, Dr Philippe Castéra,  
Dr Shérazade Kinouani

Depuis 2016, un bus de prévention sillonne les routes de Gironde pour aller vers les publics en ruralité et proposer aux seniors des ateliers de santé pour "bien vieillir".

L'association Prev'enBus qui porte ce dispositif PSAC (Prev'enBus seniors par actions collectives) propose un programme pilote en addictologie en grand Libournais compte tenu de l'intégration du bus au paysage médico-social local.

Profitant de la pluridisciplinarité des ateliers, l'accompagnement des usagers en addictologie se fonde dans l'offre existante (cuisine, activité physique, sommeil, douleur, tabac...) : les consultations dans le bus ne seront pas stigmatisantes.

En pratique, une communication sera faite auprès des acteurs locorégionaux (médecins, mairies, CCAS, services d'addictologie...), permettant l'orientation des usagers. Reçus individuellement sur rendez-vous, ils seront mis en relation avec un addictologue pour bénéficier d'une téléconsultation. Huit communes bénéficieront d'un passage mensuel et deux addictologues assureront les consultations depuis Bordeaux, complétées par les relais locaux. Ce programme sera ensuite mis à disposition de tous les acteurs d'addictologie en Gironde. Prev'enbus déployant ses actions en Haute Gironde et Médoc en 2018 et ayant rédigé un protocole duplicable, toutes les perspectives évolutives sont envisageables si cette expérimentation s'avère concluante.