

## Réunion de la Société française d'alcoologie

# L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les Groupes d'Entraide

## Résumés des communications

Coordination : M. Jean-Philippe Anris, Dr Léon Burton, Mme Micheline Claudon, Dr Yannick Le Blévec, Pr Michel Lejoyeux, Pr Michel Reynaud

### • Jeudi 18 octobre 2012

#### **Ouverture**

Mme Danièle Jourdain-Menninger (MILDT)

#### **L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les groupes d'entraide**

Pr Michel Lejoyeux (Paris)

#### **Les groupes d'entraide et la SFA**

Dr Yannick Le Blévec (Astillé)

L'évolution des relations entre les groupes d'entraide pour l'alcool, autrefois appelés groupes d'anciens buveurs, et la SFA s'illustre parfaitement à travers l'histoire du groupe de travail de la SFA consacré aux "associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool".

Créé le 23 février 1983, ce groupe se donnait pour objectif "d'affirmer et mieux faire connaître l'action des associations auprès de l'opinion publique, des pouvoirs publics et des structures de soins". Depuis, ce groupe a continué à travailler, à se donner des objectifs,

fêtant sa 100<sup>ème</sup> réunion le 16 mars 2012.

Au-delà de son fonctionnement – c'est-à-dire l'organisation des réunions, l'évolution des participants, les différents thèmes abordés depuis 1983 –, l'histoire de ce groupe de travail a été marquée par des temps forts :

- la journée consacrée aux associations le 22 janvier 1994 au Val-de-Grâce (Paris) ;

- la 1<sup>ère</sup> journée nationale des associations en Martinique les 7 et 8 novembre 2002 ;

- la 2<sup>ème</sup> journée nationale le 30 septembre 2005 ;

- la réalisation de la plaquette de présentation de ces groupes en juin 2009.

Par ailleurs, ce groupe a été et reste en quelque sorte la vitrine des associations d'entraide au niveau national, en lien très étroit avec la SFA, marqué par une reconnaissance progressive et réelle des associations par le conseil d'administration de la SFA, ceci se traduisant par :

- la parution des comptes rendus des réunions du groupe dans la revue *Alcoologie et Addictologie* depuis 1985 ;

- la synthèse annuelle des travaux du groupe présentée lors de l'assemblée générale de la SFA ;

- les demandes régulières d'expertise au groupe pour les journées de la SFA ;

- la représentation des associations au sein du conseil d'administration de la SFA depuis 2004.

## **Le fonctionnement d'un groupe d'entraide**

Président : Dr Yannick Le Blévec (Astillé)

Modérateur : Dr Lionel Bénichou (Orthez)

#### **Qu'apporte le groupe de plus qu'un médecin ou une équipe soignante ?**

M. Jean-Philippe Anris (La Croix Bleue)

Les mouvements d'entraide existent depuis un siècle et ont toujours eu comme objectifs prioritaires d'apporter soutien, suivi et accompagnement aux personnes en difficulté avec l'alcool, mais aussi avec d'autres produits psychoactifs depuis ces dernières années.

Il serait bien vaniteux de prétendre apporter plus que la médecine spécialisée, même si nous

revendiquons d'aider différemment et surtout de manière complémentaire les malades avant, pendant et longuement après les soins.

Cette communication a permis de mieux appréhender ces dissemblances, mais aussi ces similitudes que sont :

- la grande disponibilité propre aux associations de bénévoles ;
- l'aide pratique aux malades à travers le partage et l'expérience du vécu ;
- la convivialité, chaleur et fraternité des groupes d'entraide excluant tout jugement ;
- les capacités à aider et accompagner les familles et l'entourage des personnes en souffrance ;
- la mise à niveau permanente des connaissances et des compétences ;
- l'ouverture et la collaboration entre associations, mais aussi avec les professionnels de santé, vers une synergie du travail en réseau au service des malades ;
- la différence et le plus qu'apportent les groupes d'entraide : c'est un lieu où l'on se pose et repose, se trouve et se retrouve ;
- l'échelle de temps dans le suivi et l'accompagnement, qui n'est pas la même qu'en milieu professionnel, dans la capacité à tenir durablement la relation avec le malade, avant, pendant et après les soins, les contraintes de rentabilité de résultats et contrat d'objectif qui diffèrent.

La conclusion de la communication a mis en avant la théorie, vérifiée sur le terrain, "d'Aristote", selon laquelle "on crée un tout supérieur à la somme de ses parties". Et donc que les mouvements d'entraide et les professionnels de santé ont tout à gagner à œuvrer ensemble, en gardant leurs spécificités, leur indépendance et leurs compétences. Et que les grands bénéficiaires de cette synergie seront les malades.

### **Psychothérapie et groupes d'entraide**

Dr Marc Valluer (Paris)

De grandes études nord-américaines comparant les modalités thérapeutiques dans les addictions (étude MATCH, T. Babor, CCTS, P. Crits-Christoph et L. Luborsky...) ont montré, au minimum, l'équivalence de l'efficacité entre les approches de conversion en 12 étapes sur le modèle proposé par les Alcooliques Anonymes et les psychothérapies considérées comme les plus "scientifiques". Ce fait devrait redonner une certaine actualité aux considé-

rations de P. de Félice qui, en 1936, voyait dans les addictions un substitut de spiritualité, dans un univers de plus en plus scientifique et désenchanté...

Par ailleurs, également depuis 1936 et le travail de S. Rosenzweig, il est régulièrement redécouvert qu'il est impossible de démontrer l'efficacité d'un type de psychothérapie sur un autre : le "verdict de l'oiseau Dodo" est toujours en vigueur, "Tout le monde a gagné et tout le monde doit avoir un prix".

Avec par exemple J. Morgenstern et J.R. McKay, il convient de soutenir que l'idée d'une psychothérapie "technologique", où des cibles précises d'intervention seraient préalablement définies en fonction d'un schéma théorique d'explication de l'addiction, est une illusion et que les déterminants de l'efficacité thérapeutique se trouvent plus dans des éléments "non spécifiques", aussi difficiles à évaluer que l'ambiance, la qualité relationnelle, etc.

La thérapie relève de l'art et de facteurs éminemment individuels, tant du côté du patient que de celui des thérapeutes. Il est donc impossible d'opposer aux traitements en 12 étapes le caractère "scientifique" d'autres formes de psychothérapie.

Le fonctionnement des groupes d'entraide, leur lien – dans le cas des Alcooliques Anonymes – à une forme de spiritualité doivent être des voies de recherche importantes, dans une direction indiquée par G. Bateson, susceptibles d'éclairer le fonctionnement des psychothérapies dans leur ensemble.

Si, comme le veut la première étape de certains groupes de "codépendants", il faut commencer par admettre son impuissance à "changer l'autre", la thérapie ne devrait pas – comme elle l'est trop souvent – être conçue comme l'application d'un traitement par un agent à un patient...

## **La collaboration entre structures soignantes et groupe d'entraide**

Présidente : Dr Claudine Gillet (Nancy)  
Modérateur : Pr Pascal Perney (Nîmes)

**Enquête sur les complémentarités  
et attentes entre professionnels  
et bénévoles**

Mme Valérie Bohic (Villejuif)

### **La collaboration entre les équipes soignantes et les groupes d'entraide**

Mme Micheline Claudon (Paris)

Si aujourd'hui la collaboration entre les équipes soignantes et les groupes d'entraide paraît "aller de soi", il nous a semblé intéressant d'interroger les réticences qui, de part et d'autre, ont éloigné chacun des protagonistes et retardé cette collaboration qui semble aujourd'hui incontournable...

Les divers incompréhensions et malentendus qui ont jalonné l'histoire de cette rencontre éclairent la dynamique de la triangulation patient-soignant-aidant et continuent d'alimenter les réflexions sur la place et la fonction de chacun.

Ainsi, les bienfaits apportés aux patients par la fréquentation des mouvements d'entraide, tant en termes d'image identificatoire que de stratégies d'adaptation aux situations nouvelles, sont reconnus et font l'objet de travaux de validation clinique. En revanche, l'appropriation par les patients de ces bénéfices semble fluctuer en fonction de l'implication des équipes soignantes dans la proposition de rencontre.

Des rencontres régulières entre équipes soignantes et représentants des groupes d'entraide permettent un décentrement des patients au profit d'une réflexion sur le contenu même de cette collaboration.

Différents éclairages théoriques (psychodynamique, motivationnel, cognitivo-comportemental, analyse transactionnelle) ont été présentés dans le contexte particulier de ces échanges équipes soignantes-patients-mouvements d'entraide et nous ont interrogés sur l'éventuelle transposition de cette collaboration à d'autres contextes tels que celui des médecins généralistes ou encore celui des travailleurs sociaux.

Le concept même de collaboration présuppose un objectif commun, clairement défini, vers lequel tendent équipes soignantes et mouvements d'entraide.

## **Les bases théoriques de la prise en charge**

Président : Pr Raymund Schwan (Nancy)  
Modératrice : Mme Micheline Claudon (Paris)

### **Les modèles psychothérapeutiques fondateurs des groupes d'entraide**

Pr Isabelle Varescon  
(Boulogne-Billancourt)

L'objet de la communication a porté sur les liens qui existent entre les principes fondamentaux des groupes d'entraide et les principaux modèles psychothérapeutiques développés et utilisés en France dans le champ de l'addictologie.

Après avoir présenté les groupes d'entraide les plus connus (et les plus sollicités), il s'agissait plus particulièrement d'interroger le fondement des méthodes des groupes d'entraide, et notamment la dynamique du fonctionnement, dans ce qu'il a de commun avec le processus psychothérapeutique.

Nous avons vu comment l'apport conceptuel de certaines théories, notamment psychologiques, se retrouve dans la philosophie des groupes d'entraide et, réciproquement, comment certaines propositions thérapeutiques faites aux personnes présentant une addiction se rapprochent des principes de ces groupes. Ce sont principalement les interactions entre le sous-bassement théorique des modèles psychothérapeutiques et les propositions faites par les groupes d'entraide qui ont été discutées.

Enfin, la question de la complémentarité ou non des groupes d'entraide aux psychothérapies a été posée.

### **Les Alcooliques Anonymes**

Mme Monique R. (Alcooliques Anonymes)

Les Alcooliques Anonymes (AA) ont bénéficié de la confiance des pionniers en alcoologie. De nombreux médecins ont participé à notre développement et nous ont ouvert les portes de leurs services. Certains ont siégé ou siègent à notre conseil d'administration. Le Dr E. Palomino en est l'actuel président en France.

Afin de coopérer au mieux avec les professionnels, un "bureau santé" essaye de faire connaître les AA auprès des patients et du personnel soignant dans les établissements de santé.

Les AA sont présents en France avec :

- 600 groupes, dont 37 en milieu hospitalier ;
- 270 antennes, permanences ou visites aux malades en établissements de santé.

Nous participons également à des groupes de travail avec les autres associations d'entraide et/ou les professionnels de santé.

Le programme spirituel de rétablissement en 12 étapes des AA a aidé des milliers d'alcooliques dans le monde entier à rester abstinents et à vivre bien sans alcool.

### **Les Alcooliques Anonymes : résultats d'une enquête récente sur la spiritualité**

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif), Dr Ève Bettach (Limeil-Brevannes), Dr Olfa Mandhouj (Paris), Dr Emmanuel Palomino (Jonzac)

La spécificité des Alcooliques Anonymes (AA) réside dans leur programme de rétablissement en "12 étapes", qualifié de "programme spirituel". Les termes "Dieu, tel qu'on le conçoit", ou "Puissance Supérieure" sont centraux dans la plupart des étapes. De plus, chaque réunion se clôture par la "prière de la sérénité", récitée debout, en chœur, en se tenant par la main : "Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux pas changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence". Or, la France a la plus forte prévalence d'athéisme d'Europe, prévalence sans commune mesure avec celle retrouvée aux États-Unis, où les AA se sont d'abord développés. Sans surprise, les patients expriment parfois une gêne par rapport à la prière et la référence à Dieu lors de leurs premières expériences.

Nous avons présenté les résultats d'un questionnaire en ligne explorant les obstacles à l'adhésion aux AA, notamment dans les domaines de l'appartenance religieuse et de la place de la spiritualité. Une analyse préliminaire sur les 508 premières réponses a montré que 39 % des sujets se déclarent athées et que, dans le même temps, 98 % considèrent avoir connu, grâce aux AA, "un réveil spirituel" ! Il apparaît ainsi que l'athéisme ne devrait pas être un frein à l'orientation des patients en souffrance avec l'alcool vers les AA. Cependant, le thérapeute pourrait guider ses patients vers une conciliation de leurs convictions religieuses (notamment l'athéisme) avec la dimension spirituelle du programme.

### **Les groupes d'entraide : leur richesse et leur fragilité**

Mme Isabelle Boulze (Montpellier)

La richesse des groupes d'entraide, au-delà de leur diversité, tient notamment au fait qu'ils

participent de nos jours aussi bien à la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool qu'au soutien de l'entourage et à des activités de prévention (permanence sur des lieux festifs, intervention dans des écoles, des entreprises...). Une professionnalisation de ces mouvements se met d'ailleurs souvent en place, ce qui n'est pas sans poser problème à ces groupes initialement conçus sur le principe du bénévolat.

Dans l'élargissement de leur domaine de compétences, nous avons présenté un autre aspect de leurs nouvelles activités, celui de leur participation à un protocole de recherche. Ainsi, en association avec l'Inserm (D. Donnet-Kamel et B. Nalpas), six groupes d'entraide (Alcool Écoute Joie et Santé, Alcool Assistance, La Croix Bleue, Bernard B. pour les Alcooliques Anonyme, Les Amis de la Santé, Vie Libre) et notre équipe universitaire (programme addiction alcool) ont élaboré une recherche portant sur l'évolution des valeurs interpersonnelles et le maintien de l'abstinence au cours du temps au sein des mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool.

Les acteurs du projet ont travaillé ensemble durant plus de deux années sur l'élaboration et la validation de la méthodologie, la logistique et les outils utilisés. Ce protocole a fait l'objet d'un financement MILDT en décembre 2012, pérennisant cette collaboration entre sciences humaines, médecine et anciens usagers, tout en dynamisant un réseau national susceptible d'être identifié comme un interlocuteur privilégié (personnes ressources) du Ministère de la santé.

### **M. François Moureau (Alcool Assistance)**

Les associations travaillent en s'appuyant sur la dimension humaine des personnes. Leur force et leur richesse sont dans le lien qu'elles établissent.

C'est avec respect, prises en considération, que les personnes dépendantes et/ou celles de leur entourage y sont accueillies. Elles sont écoutées avec empathie. Elles peuvent déposer leurs souffrances en toute sécurité car elles savent qu'elles ne sont pas jugées et que c'est sous la confidentialité qu'elles parlent. Leurs souffrances sont validées, comprises. On s'intéresse à leur parcours, leurs difficultés, on respecte leurs besoins et leurs choix.

À l'association :

- on se sent en sécurité. Les personnes se retrouvent avec des gens comme elles qui sont ou qui ont été dans de telles situations.

C'est sécurisant d'être dans un groupe qui vous comprend, qui ne vous moralise pas, qui vous soutient dans vos décisions et qui vous communique sa force pour mettre en place un autre style de vie pour une meilleure santé. Les personnes accompagnées peuvent décider d'une ligne de conduite puisée dans les différents échanges dans le groupe ;

- on est réactif. Un appel téléphonique, un mail, et le réseau associatif se met en place. La chaîne de solidarité joue tout de suite son rôle ;

- on trouve des amis. Le téléphone, les mails, les permanences, les nombreux lieux d'accueil vont construire le lien. Il est renforcé par les réunions publiques, les congrès, les manifestations festives, sportives et culturelles dans lesquelles l'association s'implique et où la personne va petit à petit avoir une participation plus active ;

- on est présent dans les différents moments de la maladie alcoolique : avant les soins, pendant et après ;

- on sait prendre le temps pour aller au rythme de la personne que l'on accompagne ;

- c'est toute la famille qui est prise en compte et qui est accompagnée.

L'association attache de l'importance au travail en réseau (médical, psychologique, social et universitaire) compte tenu de la complexité de la maladie alcoolique. Elle sait organiser ou profiter des différentes formations pour développer les compétences de ses membres dans le domaine de l'accompagnement et de la prévention.

Ses faiblesses :

- aujourd'hui, les associations sont confrontées à la polyconsommation et elles doivent adapter leurs actions en fonction de la société actuelle. Les personnes plus anciennes dans nos associations ont parfois des difficultés à s'adapter à ces évolutions ;

- il est de plus en plus difficile de pérenniser les responsables, ce qui est propre au monde associatif actuel ;

- dans le champ médical, les structures se modifient régulièrement, il faut sans cesse se réadapter : ARS, lois HPST... ;

- la gestion administrative devient plus complexe, dans les demandes de subventions et les montages de projets, ce qui freine certains bénévoles dans leur désir de s'investir ;

- une certaine méconnaissance des groupes d'entraide de la part des professionnels et des patients.

Malgré ces faiblesses, les associations jouent un rôle important et efficace dans l'accompagnement des personnes en difficulté.

## Des exemples d'un partenariat réussi

### • Atelier 1 – Le groupe Interface

Animateurs :

Dr Léon Burton (Spa, Belgique),

Mme Dorte Tommerup

(Rameldange, Luxembourg)

"Interface" est un projet initié en 1999 au cours d'un conseil d'administration de la défunte Société belge d'alcoologie. Le constat de base était le fossé qui séparait d'un côté les professionnels de la santé et de l'autre les associations d'entraide. À partir de là et avec l'adhésion de nouveaux membres à la fois professionnels de la santé et alcooliques abstinentes ou rétablis d'autres dépendances, est né le groupe Interface asbl dans sa forme actuelle : groupe de réflexion sur les dépendances réunissant les professionnels de la santé, les mouvements d'entraide et des dépendants rétablis dans le but d'apprendre à se connaître et d'informer tous les milieux qui en feraient la demande (voir : [www.interface-info.eu](http://www.interface-info.eu)).

Interface a été précurseur lorsque l'un de ses membres, alcoolique abstinente, membre d'une association d'entraide, a été pressenti et soutenu dans une fonction officielle de référence concernant les dépendances au sein d'une entreprise officielle de 4 000 fonctionnaires qui est le Parlement européen à Luxembourg, et ce, depuis 2000 (en Belgique, ce n'est qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009 que les partenaires sociaux ont conclu au Conseil national du travail la convention collective de travail n° 100 (annexe 1) relative à une politique préventive en matière d'alcool et de drogues ; cette CCT n° 100 impose à tout employeur d'élaborer pour l'ensemble de son personnel une politique préventive en matière d'alcool et de drogues).

La mise en fonction d'une personne alcoolique abstinente, adhérent à une association d'entraide et secondairement formée en "conduites de dépendances", comme personne de référence a permis de démystifier le problème d'alcool et de responsabiliser tous les fonctionnaires par le truchement d'une information interne régulière et dynamique.

Cette personne, particulièrement sensibilisée et formée à reconnaître, écouter et communiquer avec la personne en difficulté avec l'alcool, constitue un trait d'union fondamental entre le service de médecine du travail et les différents fonctionnaires et services administratifs et peut non seulement accompagner, mais aussi diriger les patients et leur entourage vers diverses institutions de soins et/ou associations d'entraide.

### • Atelier 2 – Intervenir en milieu soignant

Animateurs :

Dr Isabelle Sokolow (URSA),

Mme Agnès Arthus-Bertrand,

M. Christophe de Vareilles,

Mme Johane M.

Fondée en 1984 par le Dr Niox-Rivière, l'URSA (Unité pour la recherche et les soins en alcoologie) est issue de la conception "clodoaldienne" de l'alcoologie, dans la continuité du travail du Dr Haas à l'hôpital de Saint-Cloud.

L'URSA réunit des "rétablis" et des soignants professionnels au sein de l'Hôpital des quatre villes (Saint-Cloud, Sèvres...). Cette association originale permet aux soignants de diversifier les offres thérapeutiques et aux rétablis d'assurer des groupes d'information et de convivialité.

Le capital d'expérience de chacun est pris en compte dans sa triple dimension, psychologique, médicale et socioculturelle : expérience personnelle de la dépendance à l'alcool pour les uns, expérience professionnelle des pratiques thérapeutiques pour les autres.

L'activité permanente et la plus importante est "l'accueil", destiné aux hospitalisés, aux sortants, aux anciens. Dans ce "bistrot sans alcool", nouveaux et anciens contribuent au travail de leur propre rétablissement.

D'autres activités se déroulent aussi dans l'enceinte de l'Hôpital des quatre villes à Sèvres, dans la salle baptisée Dr Haas mise à notre disposition par le centre hospitalier : théâtre, art-thérapie, relaxation... La salle est ouverte tous les jeudis et samedis de 14 h 00 à 18 h 00.

### • Atelier 3 – Intervenir en milieu professionnel

Animateurs : Dr Claudine Gillet (Nancy)

Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

Le Conseil général de la Gironde (6 500 agents environ) a mis en place en 1996 un groupe de

prévention du risque alcool, le groupe PREVAL. En 2008, le CHSCT lui a confié la mission de sensibiliser l'ensemble du personnel aux risques de l'abus d'alcool, notamment en milieu professionnel. Sont ainsi organisées chaque mois des séances réunissant une trentaine de personnes avec des membres du groupe PREVAL, dont un agent – une femme – du Conseil général qui a été confrontée dans son passé à des difficultés avec l'alcool.

Comme l'indique l'évaluation de ces séances, la participation de cet agent, sous la forme d'un témoignage, a un impact très important car il permet d'illustrer l'installation progressive de la maladie alcoolique et contribue à modifier les représentations des agents sur cette maladie, notamment chez la femme. Cette intervention aide également à transformer la peur de la délation en assistance à personne en danger et rappelle l'importance, sur ce sujet, de libérer la parole le plus tôt possible en milieu professionnel, tout en préservant la confidentialité.

M. Michel Taboulet, M. Daniel Bouëtél  
(La Santé de la Famille)

Les mouvements d'entraide en milieu professionnel assurent les mêmes actions que les autres mouvements d'entraide, en toute indépendance et confidentialité vis-à-vis des personnes en difficulté. Grâce à des militants disponibles sur les lieux de travail, connaissant bien le contexte de l'entreprise, ce sont des acteurs reconnus par le collectif de travail pour la prise en charge des risques "alcool et autres toxicomanies" – prévention et sensibilisation des personnels, aide aux personnes en difficulté et aux "codépendants" – en partenariat avec les différents corps intervenant dans l'entreprise, hiérarchie, services médicaux et sociaux, CHSCT, CE, mutuelles professionnelles, etc.

Ils contribuent ainsi à l'élaboration des politiques et chartes relatives à ces risques, aux actions de prévention (y compris développement d'outils spécifiques : la Trajectoire, etc.), ainsi qu'à l'accompagnement des personnels qui le demandent (dépendants, codépendants), à l'occasion, notamment, de l'émergence de la prise de conscience et de la demande de soins (avec le médical), du maintien et/ou du retour au poste de travail (avec la hiérarchie et le collectif).

Des illustrations concrètes de ces différentes actions, réalisées à Air France, à La Poste, à

France Télécom, à la RATP et à la SNCF, ont été présentées :

- contribution, sur demande de la direction générale, à l'élaboration des chartes alcool ;
- formation du personnel, de l'encadrement, des infirmières et des assistantes sociales aux risques "alcool et autres toxicomanies" ;
- sensibilisation et accompagnement du collectif de travail lors du retour d'une personne en difficulté à son poste de travail.

• **Vendredi 19 octobre 2012**

## L'évolution des groupes d'entraide : s'adapter aux besoins

Président : Pr Maurice Dematteis  
(Grenoble)

Moderateur : M. François Moureau  
(Alcool Assistance)

### Groupes d'entraide et nouvelles consommations

Dr Philippe Batel (Clichy),

M. Philippe P. (Narcotiques Anonymes)

Le groupe d'entraide des Narcotiques Anonymes (NA) se réunit autour d'une problématique qu'ils nomment la dépendance. Ce principe fondateur contribue à les déculpabiliser lorsqu'ils arrivent au sein de ce groupe d'entraide. En utilisant le terme de maladie, les NA suggèrent l'idée de se soigner, de prendre des mesures afin d'arrêter de consommer durablement. Le second principe réside dans le choix de l'abstinence. Les membres accueillis pourront au fil des réunions viser l'abstinence de tout produit modifiant le comportement, drogues illicites et licites, en laissant naître le désir d'arrêter de consommer, ce qui pour le plus grand nombre se constituera dans le temps ; il n'est pas nécessaire d'être prêt à être abstinent pour rejoindre les réunions.

Les réunions reposent sur l'identification. La fréquentation de ces groupes permet aux dépendants de rompre avec le quotidien de la consommation et des comportements toxiques ; elle propose un processus de rétablissement et de connaissance de soi, articulé autour des 12 étapes.

### Groupes d'entraide et polytoxicomanes

Mlle Eugénie Lemaire (Revivre)

Le groupe de travail de la SFA consacré aux associations a permis de faire ressortir des tendances générales qui peuvent être observées sur l'ensemble des groupes d'entraide.

Le profil des personnes accueillies dans les groupes s'est modifié. Les groupes, centrés essentiellement sur la question de l'alcool, ont vu arriver au fil de ces dernières années des personnes, souvent plus jeunes, dont la dépendance revêt de multiples facettes.

Ainsi, le groupe doit faire face à de nouvelles situations dont la peur de l'inconnu avec la méconnaissance des produits illicites et l'apprentissage d'un nouveau vocabulaire, en particulier avec des consommateurs plus jeunes. La question de l'abstinence se heurte à la notion de réduction des risques, ainsi qu'à la question du traitement des dépendances autres que l'alcool. Malgré la richesse des échanges qui en découle, les changements n'ont pas toujours été simples à appréhender.

Face à ces nouvelles tendances, les groupes continuent à s'adapter afin de répondre aux nouveaux consommateurs. Les bénévoles des associations s'informent et se forment sur les nouveaux produits et modes de consommation. De nouveaux groupes se sont ouverts vers d'autres produits que l'alcool et autour de la question de la dépendance (cf. Narcotiques Anonymes). Cette évolution a été accompagnée d'un rapprochement avec les professionnels travaillant dans le champ des addictions. Ces changements nous obligent à nous décentrer du produit pour aborder, au-delà de celui-ci, la notion de souffrance.

### Mobiliser les acteurs sociaux pour agir auprès des jeunes

M. Renaud Bouthier (Lyon)

Comment aider les jeunes ? Qui sont les alliés de ces derniers et avec quels objectifs ? Si dans le domaine de la maladie alcoolique des réseaux très structurés existent, peu de choses sont mises en place pour accompagner les jeunes et les faire réfléchir sur leur rapport à l'alcool.

La problématique est donc double : s'accorder sur des messages de fond en matière de consommation (ou de non-consommation) et mobiliser ceux qui seront les plus à même de

les transmettre, qui des jeunes eux-mêmes, des parents, des éducateurs... vaste programme !

### **Professionnalisation : "médiateurs" ou "counselors"**

Dr Véronique Peim, M. Olivier Ciccione  
(Nyon, Suisse)

Le *Minnesota model* (MM) approche la problématique de la dépendance en tant que maladie dont les symptômes sont la perte de contrôle et la dépendance physique.

Dans la mesure où la dépendance est approchée comme une maladie chronique, le but thérapeutique se conçoit plus en termes de réhabilitation que de guérison. La relation dépendant-thérapeute est un rapport de collaboration, qui vise un changement de comportement en vue d'apprendre à vivre avec cette dépendance. Cette problématique chronique implique également une vigilance à vie qui passe par la participation régulière à des groupes de parole (Alcooliques Anonymes par exemple) et par un travail de longue haleine sur le maintien de l'abstinence.

L'accent mis sur l'abstinence et le changement de comportement est caractéristique du MM (McElrath, 1997). Afin d'aider les patients dépendants à atteindre ces buts, le programme s'appuie sur le modèle dit "des 12 étapes". On peut décrire l'un des piliers de l'approche par étapes comme étant le partage honnête et mutuel d'une vulnérabilité ouvertement consentie (*the shared honesty of mutual vulnerability openly acknowledged*).

Le "*fellowship*" est une composante essentielle du modèle à étapes, en tant que réseau au sein duquel le patient trouve soutien et acceptation, lui permettant de développer sa capacité d'autorégulation. De la même manière, on peut décrire l'implication au sein du groupe comme une forme constructive de déplacement de la dépendance, où le soutien social des membres du groupe joue un rôle-clé dans le processus de changement.

Cette approche est compatible avec le suivi d'un traitement psychotrope, une psychothérapie individuelle ou une thérapie familiale.

Les éléments communs de l'offre thérapeutique du MM sont les suivants : la thérapie de groupe, les sessions individuelles, les tâches à accomplir, les exposés et la psychoéducation, l'étude accompagnée des 12 étapes.

L'intégration d'ex-dépendants comme conseillers au sein de l'équipe thérapeutique – les

"conseillers en addiction", des experts par expérience – est une spécificité du MM qui présente des avantages thérapeutiques majeurs : elle offre aux patients une perspective pleine d'espoir, la mise à disposition d'un modèle, l'idée d'une meilleure compréhension de ceux qui "parlent la même langue", le discernement nécessaire pour percer à jour les tentatives de manipulation, l'expérience personnelle des difficultés rencontrées chaque jour pour conserver sa tempérance. Force est de constater que cette forme d'aide favorise un solide rapport de confiance entre les patients et les conseillers. De plus, pour les ex-dépendants, cet engagement représente un appui dans leur propre processus de rétablissement. Nowinski (1993) et Marron (1993) y voient un soutien efficace dans le processus de maintien de l'abstinence personnelle (*keep sobriety by giving it away*).

Le modèle de *counseling* est établi de telle sorte qu'un contrôle permanent est mis en place à partir de la supervision des collègues lors des réunions d'équipe multidisciplinaire. Chaque cas est discuté et examiné sur une base hebdomadaire, et chaque conseiller reçoit une rétroaction continue sur son travail. Idéalement, le conseiller reçoit une supervision individuelle au moins une fois par mois.

Une équipe multidisciplinaire de professionnels (par exemple conseillers, psychologues, psychiatres, infirmières) peut planifier et suivre le processus de traitement de chaque patient. Chaque membre de l'équipe répond individuellement à un patient en entretien, étudie les résultats de ses tests, et revoit le questionnaire que le patient a rempli. Puis l'équipe se réunit sans le patient pour discuter des résultats et élaborer un suivi thérapeutique qui comprend des objectifs individualisés.

### **De l'abstinence à la qualité de vie. La question de la consommation contrôlée**

M. Raymond Drapeau  
(Les Amis de la Santé)

L'évolution de l'abstinence vers la qualité de vie comporte plusieurs aspects :

. L'abstinence, arrêt de la consommation d'alcool versus difficulté, *craving*, besoin de s'exprimer.

. Ressortir la notion de cheminement par rapport au vécu de l'abstinence. En fonction du temps : notion de deuil de l'alcool, "laisser du temps au temps".

. Faire prendre conscience à la personne de ses ressources, de ses capacités, de ses dons, de ses envies.

. Difficultés des jeunes patients à accepter l'arrêt d'alcool sur le long terme (utilité de la notion des 24 heures). "Ne pas parler d'abstinence à vie". Éviter les mots qui choquent et désespèrent. Aller du mal-être vers le bien-être.

. Un message des associations vers les professionnels du champ sanitaire et social, qui est bien la notion de qualité de vie, l'abstinence étant un moyen et non un objectif.

. Intérêt des échanges et de la collaboration avec les professionnels qui peuvent être aussi amenés à utiliser la notion de consommation contrôlée dans l'accompagnement de certains patients ; besoin d'échanges autour de ces notions. Aller chercher le bien-être pour certains et la qualité de vie pour les autres.

### **Les usagers et les nouveaux traitements**

Dr Pascal Gache (Genève)

L'irruption récente du baclofène dans le champ thérapeutique alcoologique par le biais d'un livre tout public a profondément bouleversé la relation soignant-patient alcoolo-dépendant. Bien que manquant de preuves formelles de son efficacité, les patients ont demandé et demandent de plus en plus fort l'accès à ce traitement, n'hésitant pas à faire des kilomètres pour se faire délivrer la molécule ou la commandant directement sur Internet en cas d'échec d'une prescription en bonne et due forme.

Les patients – jusqu'alors plutôt dociles avec les outils thérapeutiques proposés et facilement enclins à penser que leurs défaillances thérapeutiques traduisaient de près ou de loin une forme de manque de volonté – se sont mis, d'abord et de manière informelle, à se communiquer les bonnes adresses, puis à s'organiser pour partager leurs expériences, à dénoncer les lenteurs administratives, à faire du lobbying auprès des décideurs... De patients serviles, ils devenaient usagers d'un système de soins et revendiquaient leur part dans le processus thérapeutiques les concernant. Ils bousculaient les dogmes et finalement obligeaient les soignants à reconsidérer tout ou partie de la prise en charge alcoologique.

On ne sait pas ce que sera l'avenir du baclofène, mais on sait que plus rien ne sera comme avant. Le niveau de connaissances des

patients-usagers est monté et la connaissance neurobiologique de l'alcool-dépendance n'est plus l'apanage de quelques initiés. L'aire tegmentale ventrale, ou encore le Gaba font partie des conversations des consultations alcoologiques, comme le *craving* ou les endorphines. L'association Aubes est un bon exemple de l'évolution des pratiques et des relations patients-soignants. Pionnier de l'organisation des usagers souhaitant s'informer et échanger autour du baclofène, Aubes a rapidement fédéré toutes sortes de personnes intéressées par le baclofène : patients, proches de patients, médias, soignants spécialisés ou non, la liste n'étant pas exhaustive.

Certes, il y a beaucoup d'associations d'entraide bien connues des patients et des professionnels, elles ne vont pas disparaître et c'est heureux. Mais elles ont aussi été traversées par le phénomène baclofène et ont dû se positionner, d'autant que le baclofène vient bousculer l'abstinence comme pivot central de la prise en charge. La suite de cette aventure s'annonce passionnante.

## L'évolution des groupes d'entraide : un fonctionnement rénové

Président : Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)  
Modérateur : M. Roger Lardoux  
(La Croix Bleue)

**Nouveaux enjeux, nouvelles difficultés : la formation, l'entourage, la question de la pérennité des groupes d'entraide, la collaboration entre les associations**

Table ronde animée par le Dr Yannick Le Blévec (Astillé)

Mme Marie-Josée Corrège (Alcool Écoute FNJS), M. Christian Tremoyet (Amitié la Poste France Télécom), M. Costa L. (Al-Anon), M. Daniel De Saint Riquet (Vie Libre)

### La CAMERUP

M. Albert Waltzer (Les Amis de la Santé), M. Christian Tremoyet (Amitié la Poste France Télécom)

Un souhait exprimé depuis de longues années s'est enfin réalisé par la création de la CAMERUP – Coordination des associations

et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique.

À compter de 2008, une commission nationale addictions, dont les membres étaient issus d'Alcool Assistance, de Vie Libre, de la Croix Bleue et des Amis de la Santé, réalisait un premier engagement écrit qui allait programmer des rencontres de travail régulières, menant à la conclusion d'une nécessaire coordination des associations engagées, signée en décembre 2010.

Durant toute une année précédant la date de dépôt du dossier, des rencontres des présidents des quatre structures se sont tenues pour trouver un dénominateur commun à la vocation de la coordination, qui ne devait en aucun cas influencer le fonctionnement propre à chaque structure nationale, mais être représentative et solidaire à tous les niveaux dans le contexte de la thématique alcool en France et sur le plan européen.

Depuis le mois de décembre 2011, date du dépôt du dossier de création de l'association à la Préfecture de Paris, l'opération est réalisée et la CAMERUP est opérationnelle.

Dans son premier élan d'existence, la coordination revendiquait la place d'acteur à part entière dans le dispositif, non seulement auprès des organismes de tutelle, mais également et en priorité auprès de toutes structures, organismes et administrations nationales, régionales ou locales. La pierre angulaire de l'édifice ayant été posée, les responsables nationaux de ces associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique écrivaient leur premier ouvrage d'existence par la réalisation de statuts précisant bien en leur premier article qu'à part les quatre structures à l'origine du projet, toute autre association ou mouvement reconnu d'utilité publique était invité à rejoindre par leur adhésion au statut le groupe de départ.

Les premières rencontres auprès de la Direction générale de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie se sont déroulées dans un contexte de partenariat dévoilant nos objectifs et recevant conseils et orientations, supports d'un travail d'avenir dans de bonnes conditions sur des bases saines pour l'intérêt des uns et des autres.

Si notre volonté est de nous installer comme acteurs à part entière, nous ne voulons en aucun cas bousculer des étapes dans la lutte contre les addictions, mais bénéficier des mêmes reconnaissances que tous les acteurs de la même cause pour le travail accompli de nos

militants de base que nous ne pouvons manquer de remercier pour leur travail de terrain. Nous profitons de cette tribune pour annoncer l'une de nos revendications qui nécessite un important soutien de tous : une journée sans alcool.

### Renforcer la place de l'usager dans le dispositif de soins

Pr François Paille (Nancy)

Cette communication a abordé la place des usagers dans le dispositif de soins selon deux angles :

. D'abord, la place des groupes d'entraide dans l'accompagnement des patients. S'il existe bien peu d'études méthodologiquement non criticables mettant en évidence leur rôle et leur efficacité dans le suivi des patients alcool-dépendants, il existe un consensus d'experts fort, rappelé dans les deux conférences de consensus de la SFA, pour souligner l'intérêt de leur action, y compris dans les différents maillons de la filière addictologique, en complémentarité avec les professionnels de soin.

. L'autre aspect concerne leur place en tant que représentants des usagers dans les instances prévues à cet effet. La place des usagers dans différentes instances du dispositif de soin est de plus en plus acceptée, reconnue et officialisée dans différents textes réglementaires et législatifs.

Ainsi, davantage susceptibles de faire entendre leur voix, ils pourront infléchir l'organisation et le fonctionnement de ce dispositif pour un meilleur service rendu. Ils pourront également œuvrer à une meilleure reconnaissance de la discipline addictologique et contribuer à l'amélioration et au développement du dispositif destiné à réduire les risques et les dommages des conduites addictives.

Cette mission, tout particulièrement, implique un regroupement des différents mouvements permettant une meilleure lisibilité, une plus grande force et une vraie représentativité.

### Conclusions : changement de paradigme, nouveaux enjeux

Pr Michel Reynaud (Villejuif)

L'évolution de la pensée médicale concernant les problèmes liés à l'alcool est passée :

- de l'ivrognerie à l'alcoolisme de Magnus Huss ;

- puis de l'alcool-dépendance du DSM-III (en 1976) aux notions d'abus et de dépendance du DSM-IV ;

- et nous allons, avec le DSM-5, vers une catégorie "troubles liés à l'usage de l'alcool".

Nous sortons donc d'une approche catégorielle (abus, dépendance) pour aller vers une approche dimensionnelle, prenant en compte la gravité des troubles liés à l'usage de l'alcool. Ceci nous amène à interroger la notion de dépendance, son installation, sa gravité et sa réversibilité, tout en sachant que nous n'avons pas encore les marqueurs objectifs nous permettant d'évaluer ces éléments (en particulier des marqueurs neurobiologiques et en neuro-imagerie permettant d'analyser les vulnérabilités et les distorsions, plus ou moins fixées, du fonctionnement neuropsychique).

Cette évolution de conceptualisation des troubles liés à l'usage de l'alcool s'inscrit dans l'apparition de la notion d'addiction dans les années 1980 et son installation à la fin des années 1990. Elle s'enrichit de l'évolution des connaissances concernant les addictions.

Un certain nombre de discussions cliniques et conceptuelles ont eu lieu au début des années 2000 concernant la place de l'addiction dans l'abus et la dépendance à l'alcool. Le développement des connaissances concernant les addictions en général, et en particulier les addictions comportementales, nous permettent maintenant cette approche dimensionnelle et la réflexion sur les possibilités de réversibilité.

Nos changements de conception clinique doivent s'adapter aux nouvelles modalités de consommation (on pense bien évidemment aux jeunes et au "binge drinking", à l'augmentation des consommations chez les femmes, aux polyconsommateurs et à l'association si fréquente entre l'alcool et le cannabis) et à leurs conséquences. Nous avons montré l'importance de la sous-perception des dommages liés à l'alcool dans la population générale (et la surévaluation des dommages liés aux drogues illicites). Cette sous-perception concerne plus encore les dommages sociaux et les violences, notamment intrafamiliales.

Ces nouvelles modalités de consommation s'appuient sur de nouvelles stratégies de marketing qui ont totalement infiltré les réseaux sociaux, la publicité sur Internet et, surtout, les sites pouvant intéresser la jeunesse.

Les cliniciens assistent désormais à l'émergence de représentations différentes des malades de l'alcool, représentations fragmentées, voire antagonistes.

Cette analyse doit nous amener à revoir et à adapter nos stratégies de prévention et de prise en charge :

- c'est ainsi que l'abstinence n'est plus le seul objectif thérapeutique, mais que la réduction des consommations dans un but de réduction des dommages et de facilitation de l'accès aux soins est l'un des nouveaux objectifs ;

- néanmoins, l'abstinence restera indispensable pour un certain nombre de patients ; reste à trouver les critères permettant de les définir ;

- les stratégies de réduction des risques liées à l'alcool ont bénéficié des stratégies de réduction des risques liées aux autres produits, mais doivent s'appliquer dans les différents milieux où l'on consomme de façon problématique : notamment les milieux festifs, étudiants, mais aussi professionnels et pour les populations les plus précaires.

Nous devons exiger tous ensemble, soignants et patients, une politique de santé et des stratégies de prévention à la hauteur des dommages. Ceci devrait impliquer :

- des stratégies de prévention et d'action centrées sur le repérage et l'intervention précoce ;

- un profond renforcement du dispositif de soins dans lequel devraient être largement représentés les usagers. Nous avons besoin pour cela d'une mobilisation plus forte des patients et de leurs proches ;

- un renforcement considérable des moyens de recherche, notamment sur les différents facteurs de vulnérabilité et sur les différents marqueurs neurobiologiques de l'installation de la dépendance et de ses conséquences ;

- un très grand développement des essais sur les nouveaux traitements et sur l'efficacité des bi- et tri-thérapies ;

- des stratégies de formation et d'enseignement, notamment des médecins dans tous les cycles de formation, mais aussi des acteurs de premier recours. Nous devons également accompagner la formation des bénévoles et celle de tous les acteurs de la réduction des dommages.

Pour nous résumer, devant cette diversité du paysage des consommations et des dommages liés à l'alcool, nous avons besoin de toutes les forces et de tous les acteurs. Nous devons œuvrer à ce que se fédèrent toutes les associations dont l'objet est la réduction des dommages liés à l'alcool, et ce, quelles que soient leurs origines et leurs modalités de travail : la représentation des usagers et des malades sera le plus sûr garant d'une mobilisation des pouvoirs publics.

## Communications libres

Présidente : Dr Isabelle Rocher (Luçon)

### ***De l'écoute à la parole : n'ayons pas peur des "maux"***

Dr Gui Jonniaux, Mme Florence Mulliez (Tournai, Belgique)

Le Forum de la dépendance et le groupe Gihpsy sont deux initiatives différentes et complémentaires. Ces réunions animées par des professionnels sont portées et intégrées au sein du dispositif de soins proposé sur le territoire du réseau assuétudes du Hainaut Occidental (La Caho asbl) en Belgique.

• Le Forum de la dépendance  
C'est en 1983 que s'ouvre à Tournai l'unité d'alcoologie "Laennec" en centre hospitalier, sur le modèle du Pavillon 54 de Lille, avec tenue d'une réunion hebdomadaire patients-soignants. Après un an, spontanément, des patients "guéris" reviennent saluer les soignants, écouter les curistes et apporter leurs témoignages. Formellement, naît l'idée d'organiser une réunion mensuelle ouverte à tous. Cette réunion du premier jeudi du mois, instituée au départ au sein d'un hôpital, a fini par quitter les murs et s'organise aujourd'hui alternativement au sein des cités. Il permet la rencontre régulière de tous les intéressés de la cause alcoologique et la réflexion interactive quant aux fondements des addictions : les dépendances relationnelles et affectives, questions éternelles posées à chacun de nous.

• Le Groupe Gihpsy  
Partant du constat que les proches d'usagers d'alcools se sentent incompris, isolés et mal informés, des travailleurs de quatre institutions hospitalières différentes se sont organisés au sein d'un groupe de travail "réseau" pour étoffer l'offre d'accompagnement. Ils proposent et animent depuis 2008 une réunion mensuelle itinérante sur le site des différentes institutions. Ce groupe a la volonté de s'adresser uniquement aux proches, conjoints, parents, enfants ou encore à toute personne concernée de près par la souffrance d'un usager d'alcool. Cette réunion se veut être un lieu de dépôt d'une souffrance et est l'occasion d'une remise en question dynamique du fonctionnement intra-familial et du mécanisme de codépendance. On y partage son vécu, ses questions, ses inquiétudes... et cela avec d'autres proches et des professionnels.



### **L'action transformative d'un groupe de parole sur les animateurs**

Dr Thomas Wallenhorst, Dr Jacques Cornet, Mme Nadia Liechti  
(Semur-en-Auxois)

Peu de travaux s'arrêtent aux effets de la pratique psychothérapique sur les praticiens : cette communication voudrait apporter des éléments de réponse pour ce qui concerne l'animation d'un groupe de parole.

Il nous semble que l'engagement de départ, proposer une rencontre hebdomadaire avec des personnes alcoolodépendantes, déclenche une dynamique qui mobilise des forces intérieures. Les animateurs se laissent travailler par ces forces, pour en nommer quelques-unes : un goût pour comprendre toujours plus loin les cheminements individuels, un goût pour affiner le diagnostic du problème à partir du discours du patient, un goût pour l'authenticité qui se traduit par la capacité de répondre dans l'instant pour souligner un élément qui permet aux participants de faire le pas suivant.

C'est aussi un engagement d'être en chemin soi-même, travaillant à la fois ses propres fragilités pour en guérir, en lien avec le développement des ressources : c'est un travail de croissance. Les participants seront rejoints par les deux aspects : la perception des fragilités guéries et les ressources entrevues, ce qui les appelle à cheminer eux-mêmes. Ensuite, il s'agit d'un consentement à vivre la régularité de la rencontre pour donner de la stabilité face au désordre de la maladie alcoolique, consentement à vivre l'accueil de chacun pour ce qu'il est et là où il en est au niveau de son cheminement.

Même si l'animateur maîtrise son sujet, il se laisse toucher par la nouveauté des témoignages, se laisse interpeller par les questions et accepte qu'un participant dise qu'il ne comprend rien, ce qui le pousse à donner un exemple nouveau. Il apprend à être clair, compréhensible, synthétique et concis pour que chaque participant puisse trouver au moins un élément qui lui parle.

Il se sert de son expérience pour vivre l'interface avec la souffrance alcoolique : il reçoit les témoignages au-dedans de lui-même, il évalue le poids de ce qui est partagé à partir de sa capacité d'empathie, il renvoie ce qu'il a entendu en le passant au crible d'un message pouvant être entendu par les personnes qui

forment le groupe : il s'agit de souligner le sens d'un comportement où, parfois, le patient ne trouve qu'absurdité.

Grâce à cette stimulation intérieure jointe à son travail personnel, l'animateur progresse en sa capacité à parler aux personnes présentes, il gagne en confiance en lui, il grandit en devenant plus solide, plus mûr, plus docile à la dynamique vécue dans le groupe. Il développe des attitudes intérieures requises par le travail avec des patients : patience avec les cheminements, accueil des difficultés individuelles, humilité face aux personnes et devant l'outil qu'il manie, sachant reconnaître le combat des individus, mais aussi leur poser des limites.

La fin d'un groupe laisse souvent ému, il est utile de verbaliser ce qui est ressenti en équipe : les patients ont partagé des perles, ont fait preuve d'une grande confiance et se sont montrés en transparence. Entendre leur authenticité au-dedans de soi permet de changer de regard sur les représentations concernant l'alcoolodépendance et donne le goût de persévérer dans l'action avec les participants. Il est possible de cueillir des fruits : de la joie, de la simplicité, de l'indulgence pour eux qui galèrent. Malgré la barrière "nous ne sommes pas des alcoolodépendants", nous formons ensemble le groupe, étant animateurs par l'enseignement transmis, mais participants aussi par l'échange émotionnel, lequel doit cependant être contrôlé et travaillé si besoin est.

### **Nos groupes d'entraide. L'expérience de l'AREA 31**

Dr Henri Gomez, Dr Janine Garipuy  
(Toulouse)

L'Area 31 propose trois groupes hebdomadaires, un groupe mensuel pour les familiers, pour 3 500 passages annuels. Notre pratique de l'alcoolologie accorde une place centrale à la psychothérapie de groupe. Chaque patient peut choisir le groupe qui lui correspond le mieux.

Les questions auxquelles nous nous efforçons de répondre sont : quels sont les besoins à satisfaire ? Quelles modalités les groupes doivent-ils respecter pour répondre à ces besoins ? Quelles en sont les conséquences organisationnelles ?

Les besoins à satisfaire sont évolutifs dans le temps : revalorisation narcissique ; recouvrement d'une parole authentique ; émergence et

développement de l'esprit critique ; acquisition d'une éthique personnelle.

Les modalités que nous respectons : implication de l'équipe soignante et des patients au-delà des temps d'hospitalisation ; nécessité de lier temps individuel et temps collectif dans l'accompagnement ; diversification des types de réunion (modèle intégratif et intellectuel collectif ; modèle de contenant et de renforcement de la motivation ; modèle de médiation favorisant l'expression et le travail psychique). Les conséquences organisationnelles : association rattachée à la structure ; contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, négociés avec les ARS pour l'accompagnement avant, pendant et après les hospitalisations.

## **Communication affichée**

### **Le développement du modèle Minnesota en France : de nouvelles perspectives pour une prise en charge des addictions**

Philippe Cavaroz, Asta Georgsdottir  
(Paris)

Le modèle Minnesota est la méthode de prise en charge des addictions la plus répandue dans les pays anglo-saxons comme dans d'autres pays du monde (par exemple, l'Islande). Ce modèle s'inspire notamment de certaines méthodes des groupes d'entraide fondés sur les 12 étapes des Alcooliques Anonymes (AA, Narcotiques Anonymes, Al-Anon...). Cependant, ce modèle de soin est encore peu développé en France.

Nous avons d'abord présenté le modèle Minnesota et son application dans la prise en charge des addictions, ainsi que d'autres comportements compulsifs (le jeu compulsif, les troubles alimentaires...). Puis, nous avons abordé le développement de ce modèle de soins en France dans les différents contextes thérapeutiques. Finalement, nous avons développé les possibilités d'une utilisation plus large du modèle Minnesota dans les structures de soins françaises.

En conclusion, nous avons discuté de l'importance de former des thérapeutes spécialisés en addiction ("counselors" en addictions), connaissant bien le fonctionnement des groupes d'entraide fondés sur les 12 étapes.