

Les Journées de la SFA

Résumés des communications

Alcoologie, addictologie : nouvelles pratiques, nouveaux acteurs, nouveaux enjeux

Coordination : Pr Olivier Cottencin

Mme Agnès Arthus-Bertrand, Dr Camille Barrault, Pr Amine Benyamina, Dr Michaël Bisch, Dr Anne-Marie Brieude, Pr Georges Brousse, Pr Philippe Castera, Mme Micheline Claudon, Pr Mickael Naassila, Pr Gérard Ostermann, Dr Cécile Prévost, Dr Benjamin Rolland, Pr Isabelle Varescon, Dr Florence Vorspan

Sous le haut patronage de



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Mission
interministérielle
de lutte contre
les drogues et les
conduites addictives

Présentation des Journées

Pr Mickael Naassila
(Président de la SFA)

C'est un honneur, un grand privilège et aussi un grand plaisir d'être reçus cette année au Ministère des Solidarités et de la Santé pour nos Journées de la Société française d'alcoologie.

Le thème de cette année est "Alcoologie, addictologie : nouvelles pratiques, nouveaux acteurs, nouveaux enjeux". Parmi les grands sujets que nous aborderons, il y a la prévention traitée sous l'angle des nouveaux repères, de la recherche, des soins primaires et du RPIB ; les pathologies liées avec la question de la coordination, des centres experts et du parcours de soins ; le dépistage et le traitement de l'hépatite C ; l'infirmière de pratique avancée en addictologie et le patient expert-partenaire avec la vision des soignants et des patients.

Nous aurons deux grandes conférences dont le sujet portera sur la prévention efficace pour l'une et sur le patient expert-partenaire pour l'autre.

Ces journées permettront de tracer les grandes perspectives concernant les enjeux actuels et à venir dans un contexte où se posent de nombreux questionnements en termes de nouveaux acteurs et de nouvelles pratiques. L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines et aussi peut-être à la croisée des chemins. On ne peut que se réjouir du fait que de nombreuses évolutions sont en cours, mais elles doivent se faire dans la concertation et dans l'intérêt des patients. C'est le rôle de notre société savante de susciter le débat au travers de ses Journées annuelles auxquelles participent tous les acteurs de terrain !

• Jeudi 12 mars 2020

9 h 00

Ouverture

Pr Mickael Naassila (Amiens)
Dr Nicolas Prisse (MILDECA)
ou son représentant
Représentants institutionnels

Prévention primaire Repères Services sanitaires

Président : Pr Olivier Cottencin (Lille)
Modérateur : Dr Michaël Bisch (Nancy)

9 h 50

Grande conférence Prévention primaire : et pourquoi n'utiliserions-nous pas les bons outils de communication ?

Pr Olivier Oullier (Atlanta, États-Unis)

10 h 40

Campagnes nationales d'information et de prévention

Mme Viêt Nguyen Thanh
(Santé publique France)

Les campagnes nationales de santé publique s'appuient aujourd'hui pleinement sur la démarche du marketing social et sur des modèles théoriques intégratifs, principalement issus de

la psychologie sociale.

Sur la thématique alcool, leur objectif final est de contribuer à faire diminuer la morbidité et la mortalité attribuables à l'alcool, en faisant évoluer les comportements de consommation dans un sens favorable à la santé.

Pour ce faire, plusieurs populations prioritaires ont été identifiées et font l'objet de communications spécifiques : les jeunes adultes (18-25 ans), les femmes enceintes et la population adulte dépassant les repères de consommation à moindre risque.

Nous prendrons l'exemple du dispositif de promotion de ces repères à moindre risque pour présenter la méthode d'élaboration de l'une de ces campagnes, depuis la sélection des données scientifiques nécessaires pour construire les messages, jusqu'aux études évaluatives permettant de vérifier a posteriori l'atteinte des objectifs visés.

Nous resituerons également l'apport de ces campagnes dans un contexte plus global, et leur complémentarité avec les autres actions de prévention qu'elles soient réglementaires ou de terrain.

En santé publique, les campagnes de prévention sont en effet nécessaires, mais pas suffisantes, pour faire diminuer les conséquences sanitaires et sociales liées à l'alcool.

11 h 05

Retour d'expériences sur le Service sanitaire – enjeux nationaux et pratiques

M. Cédric Durupt (Nancy)

Comment intégrer davantage la prévention dans les pratiques des professionnels de santé ? Comment favoriser l'exercice interdisciplinaire, essentiel à une prise en soins adaptée ? Comment développer des compétences d'approche par projet ? Comment réussir à toucher les populations à risque ?

Autant d'enjeux qui nécessitent une réflexion en profondeur de l'approche de la santé publique dans les maquettes de formation des professionnels de santé.

Le Service sanitaire des étudiants en santé est un dispositif pédagogique intégré aux cursus de formation des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers depuis septembre 2018.

Il a permis à près de 50 000 étudiants de

s'initier aux enjeux de la prévention et de mener sur le terrain des actions de prévention primaire.

Suivant les recommandations nationales, de nombreuses actions ont traité la thématique des addictions à destination d'un public majoritairement issu des collèges et lycées.

Retour sur un défi relevé par ces étudiants et les enseignements qu'ils en ont tirés.

Pathologies duelles

Président : Pr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

Modérateur : Pr Amine Benyamina (Villejuif)

11 h 50

Addictions et troubles bipolaires : des centres experts pour la dualité ?

Dr Romain Icick (Paris)

Le trouble bipolaire concerne 1 à 4 % de la population générale. Sa morbi-mortalité est en partie liée aux comorbidités addictives, qui concernent au moins un patient sur deux en incluant l'addiction au tabac. Il existe une littérature abondante concernant l'épidémiologie de ces comorbidités, ou "pathologies duelles", mais leurs spécificités évolutives et thérapeutiques restent relativement mal décrites, notamment selon la nature des substances en jeu. La prise en charge peut être difficile comparée à l'absence de comorbidité ; les études épidémiologiques montrant un effet paradoxal : ces individus consultent plus tôt, mais il existe un retard à leur prise en charge spécifique.

Il existe donc des arguments en faveur de l'ouverture de centres dédiés ("ressource" ou "experts") pouvant offrir une large palette de soins pluridisciplinaires dans les pathologies duelles. Cependant, nous discutons la pertinence de l'adressage systématique de tout patient souffrant de pathologie bipolaire avec comorbidité(s) addictive(s) à un centre dédié, pour éviter d'accroître le retard aux soins et une réduction de l'offre des circuits psychiatriques ou addictologiques dit "général". L'enjeu majeur reste le diagnostic et le traitement de trouble de l'humeur en cas d'addiction ancienne et non stabilisée.

12 h 15

Addictions et PTSD

Pr Louis Jehel (Fort-de-France)

12 h 40

Addictions et schizophrénie : entre CSAPA et schizophrénie, le difficile parcours du patient complexe

Pr Yann Le Strat (Colombes)

Infirmière de pratique avancée

Président : Dr Benjamin Rolland (Lyon)

Modératrice : Florence Vorspan (Paris)

14 h 30

IPA en addictologie : bases juridiques et référentiel de pratique

Mme Myriam Sagnard (Mâcon)

La pratique avancée vise à améliorer l'accès aux soins des patients et la qualité de leur parcours.

La loi de modernisation de notre système de santé a posé le cadre juridique de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux et des textes réglementaires encadrent l'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA).

Par ailleurs, "Moins de 10 % des sujets en mésusage de substances psychoactives accèdent aux soins alors que l'efficacité de leur prise en charge au stade de mésusage est justement reconnue plus efficace qu'au stade de dépendance... Un tiers de l'exercice général (hors addictologie) est concerné par les conduites addictives" (préface du référentiel). C'est dans ce contexte qu'un référentiel de pratique infirmière avancée en addictologie est proposé aujourd'hui. Co-construit par une pluralité de professionnels de santé de la discipline, il définit quelles seraient les missions et activités de l'IPA en addictologie, les compétences requises pour son exercice et la formation nécessaire.

Ce référentiel a pour ambition d'apporter des solutions concrètes pour garantir l'accès aux

soins des patients/usagers et des prises en charge, y compris précoces, sécurisées et de qualité pour la population sur un territoire.

Ce nouveau métier, IPA, qui exige un haut niveau de compétences, sera un véritable levier pour relever les défis des problématiques de santé publique liées aux addictions.

14 h 55

Une expérience pratique de l'IPA en addictologie

Mme Camille Lefebvre-Durel (Paris)

Dans le cadre de cette session, je vous ferai part de mon expérience d'IPA en service de médecine en addictologie à l'Hôpital Fernand Widal, Paris.

Après un bref rappel sur mon parcours professionnel et universitaire, je développerai comment j'ai pu mettre en place ma nouvelle fiche de poste autour des cinq rôles majeurs de l'IPA que sont la clinique, la recherche, la formation, la consultation et le leadership.

Hépatite C : ce qu'il nous reste à faire

Présidente : Dr Camille Barrault (Créteil)
Modérateur : Pr Romain Moirand (Rennes)

16 h 05

Intensifier le dépistage

Pr Christophe Bureau (Toulouse)

16 h 30

Hépatite C, se lancer dans le traitement

Dr Juliette Foucher (Bordeaux)

Dès la fin 2016, le traitement de l'hépatite C a été disponible pour tous les patients qui le souhaitent, sans restriction notamment sur le stade fibrose.

Plusieurs antiviraux à actions directs (AAD) sont actuellement disponibles pour traiter le VHC. On les retrouve associés entre eux, toujours en comprimés, avec une durée courte

(huit ou 12 semaines) et une efficacité importante (> 97 % de guérison). Les AAD sont très bien tolérés. Les effets secondaires sont minimes et peu fréquents.

Grâce à l'élargissement de la prescription en Juin 2019, tous les médecins peuvent prescrire le traitement de l'hépatite C dans le cadre du parcours simplifié. Il faut réaliser avant une évaluation de la fibrose (FibroScan®, Fibrotest® ou Fibromètre®). En l'absence de fibrose sévère, d'antécédent de traitement VHC ou de comorbidité pouvant interférer avec l'hépatite C, le traitement peut être prescrit par les médecins de toutes spécialités, sans formation préalable.

Les médicaments sont délivrés en pharmacie de ville. L'accent sera mis sur l'observance et sur les potentielles interactions médicamenteuses. Une recherche de l'ARN du VHC sera réalisé 12 semaines après la fin du traitement et permettra de confirmer la guérison.

Nous avons maintenant les outils pour éliminer l'hépatite C... Il n'y a plus qu'à les utiliser !

16 h 55

De la nécessité de travailler ensemble : créer des parcours de soins territoriaux adaptés

Pr François Paille (Nancy)

La prise en soins des patients accueillis dans les structures addictologiques implique la création de parcours spécifiques. Ces parcours de soins associant addictologues et hépatogastro-entérologues (HGE) n'ont pas pour seul objectif de dépister et traiter l'infection par le VHC chez les patients avec une conduite addictive, mais de prendre en charge le patient addict dans sa globalité. Ainsi, plutôt que de parler de deux parcours, dont un simplifié, il vaut mieux raisonner, comme c'est l'habitude en addictologie, en termes d'intégration des soins addictologiques et hépatologiques, seule garante d'un bon résultat.

Les objectifs de ces parcours de soins sont :

- de dépister et de traiter l'infection par le VHC,
- mais aussi de prendre en charge la cause de cette infection, à savoir la conduite addictive.

Pour que ces parcours soient efficaces, plusieurs objectifs doivent être atteints :

- Faciliter l'accès aux soins et proposer des parcours de soins simples et faciles à respecter, adaptés à la majorité des patients et limitant au maximum les contraintes pour les patients

et les équipes. De ce fait, tout ce qui simplifie et améliore l'observance du traitement doit être privilégié.

- Centrer ces parcours sur les structures addictologiques au plus proche du lieu de vie des patients et là où ils sont suivis régulièrement. C'est donc sur chaque territoire de santé que ces parcours doivent être construits.

- Disposer dans chaque structure addictologique d'un hépatogastroentérologue référent identifié et d'un addictologue référent pour le VHC.

- Dépister toutes les personnes, c'est-à-dire faciliter la diffusion d'outils simples et efficaces, comme les TRODS, dans les lieux où sont accueillis les patients.

- Favoriser une prise en charge de proximité, y compris permettre la prescription des traitements par les médecins de ces patients.

- Recommander des schémas thérapeutiques simples, efficaces et bien tolérés.

- Dépister les patients à risque de progression de la maladie du foie vers les complications.

- Et au total proposer une prise en charge globale, virologique, hépatologique et addictologique de ces patients.

Ainsi, ces parcours peuvent se décliner en différentes étapes. A chacune d'elles, l'hépatogastro-entérologue peut être sollicité en fonction des problématiques de chaque patient pour donner un avis spécialisé, proposer un complément de bilan, mettre en place un traitement ou un suivi adapté.

• **Vendredi 13 mars 2020**

Sessions parallèles

8 h 30

Communications libres

Présidente : Dr Florence Vorspan (Paris)
Modératrice : Dr Amandine Luquiens (Nîmes)

8 h 30

Systématisation du repérage précoce du mésusage de l'alcool aux urgences : discussion sur sa faisabilité, son intérêt et ses limites à partir de l'expérience du protocole ISADDICT

Dr Anne-Louise Pot (Paris), Dr Guillaume Airagnes, Dr Isabelle Thauvin, Dr Anne-Laurence Le Faou, Pr Philippe Juvin, Pr Frédéric Limosin

La Haute autorité de santé recommande de systématiser le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) dans le mésusage de l'alcool afin d'en réduire les risques et les dommages, prévenir la dépendance et améliorer l'accès aux soins. Bien qu'il soit recommandé de se saisir du passage aux urgences comme d'une opportunité pour repérer le mésusage de l'alcool compte tenu de sa prévalence élevée dans cette population, le RPIB est peu mis en œuvre en pratique, notamment pour des questions de faisabilité.

En réponse à cet enjeu prioritaire de santé publique, le protocole ISADDICT (Intervention systématique de repérage des addictions) a été développé dans le Service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris. Il prévoit notamment la passation du *Fast alcohol consumption evaluation* à tous les patients se présentant au SAU. Dans l'étude préliminaire (n = 411), 24,4 % des patients présentaient un mésusage de l'alcool, indépendamment du motif d'admission, traduisant la pertinence et la faisabilité du protocole. De décembre 2018 à juin 2019, 2 552 patients ont donc bénéficié d'un RPIB via le protocole ISADDICT.

Nous présenterons un retour d'expérience sur les intérêts, les limites et la transférabilité d'un tel protocole, ainsi que des données quantitatives de faisabilité et d'efficacité.

8 h 45

La PAWSS : échelle de prédiction du risque de sevrage d'alcool compliqué

Dr Samir Noui (Amiens), Dr Bernard Angerville, Dr Cyril Guillaumont, Pr Mickael Naassila, Pr Alain Dervaux

Introduction : plusieurs outils sont disponibles pour évaluer le syndrome de sevrage d'alcool, mais aucun n'existe en français pour évaluer le risque de survenue d'un syndrome de sevrage compliqué, notamment avec delirium tremens ou crises convulsives.

Méthode : nous avons réalisé une adaptation transculturelle de l'échelle *Prediction of alcohol withdrawal severity scale* (PAWSS) qui a été ensuite testée de manière prospective sur 45 patients alcoolodépendants, évalués à l'aide du MINI (DSM-IV), hospitalisés pour sevrage d'alcool, afin d'évaluer ses qualités psychométriques.

Résultats : l'échelle a montré de bonnes qualités psychométriques avec une valeur seuil de 4, une sensibilité de 0,96 et une spécificité de 0,77 dans un sous-groupe de 29 patients ayant présenté un syndrome de sevrage d'alcool compliqué, défini par un score CIWA-ar \geq 15. La fiabilité inter-juge était bonne avec un coefficient Kappa de 1 et un coefficient de corrélation de 0,98.

Discussion : en pratique, cette échelle pourrait permettre d'adapter les doses de benzodiazépines et d'améliorer la surveillance des patients en sevrage. Les résultats sont limités par le faible nombre de patients inclus dans l'étude.

Conclusions : la version française de la PAWSS évaluée pourrait être un outil intéressant pour la prédiction du sevrage d'alcool sévère chez les patients alcoolodépendants.

9 h 00

Évaluation du programme "L'envol", groupe de TCC visant le maintien des objectifs de consommation contrôlée chez des patients dépendants à l'alcool

Dr Romain Gomet (Créteil),
Dr Pierre-Alexis Geoffroy, M. Alexandre Lienart, Mme Charlotte Souchet,
Dr Marie-Christine Iseni, Dr Jean-Baptiste Trabut

Introduction : lutter contre le mésusage d'alcool représente un véritable enjeu de santé publique. Les craintes liées à l'abstinence peuvent limiter l'entrée dans les soins. Proposer un objectif de retour à une consommation contrôlée apparaît être une alternative efficace. Nous avons souhaité évaluer l'intérêt de groupes de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans ce contexte.

Matériel et méthode : nous avons mis au point "L'envol", un programme de TCC mené en groupe qui vise le maintien des objectifs de consommation contrôlée chez des patients dépendants de l'alcool. Parmi les 27 patients inclus depuis mai 2016, 16 ont pu terminer ce programme. Des auto-questionnaires remis au cours du programme ont permis d'évaluer prospectivement l'évolution de ces patients.

Résultats : la consommation moyenne des participants a significativement diminué au cours du programme ([0,008-16], p = 0,049), qu'elle soit occasionnelle ([1,3-5,3], p = 0,0026) ou habituelle ([0,97-2,9], p = 0,038). Leur *craving* évalué par le score OCDS a également significativement diminué ([2,7-6,6], p = 0,001), alors que leur confiance en leurs capacités évaluée par échelle numérique a augmenté ([0,27-1,7], p = 0,01).

Discussion : la TCC en groupe apparaît efficace pour réduire les consommations, le *craving* et améliorer la confiance des patients. Ces résultats sont très encourageants et semblent se maintenir au décours du programme.

9 h 15

Le mésusage d'alcool : un facteur de risque de perte d'emploi à court terme ? Des résultats nouveaux tenant compte du profil des travailleurs concernés, des co-addictions et de l'état dépressif

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

Les associations entre le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) et le risque de perte d'emploi à

un an ont été recherchées parmi 18 879 participants inclus dans la cohorte CONSTANCES entre 2012 et 2016.

Le TUA était mesuré à l'inclusion avec l'AUDIT (faible ; dangereux ; problématique ou dépendance probable). Comparés à un usage à risque faible, les usages dangereux et problématique étaient associés à des risques augmentés de perte d'emploi, avec des odds ratios respectivement de 1,46 (IC 95 % : 1,23-1,73) et de 1,92 (IC 95 % : 1,34-2,75).

Ces associations restaient significatives après ajustements pour l'âge, le genre, l'état dépressif, l'état de santé général, le statut tabagique et la fréquence d'usage de cannabis. Des stratifications ont été effectuées pour rechercher des groupes à risque. Les associations étaient significatives dans toutes les strates étudiées, notamment pour le niveau éducatif, la catégorie professionnelle, les revenus du foyer, le stress au travail, le type de contrat de travail, le type de temps de travail et le temps passé au chômage.

Le mésusage de l'alcool constitue donc un risque de perte d'emploi à court terme, y compris pour des scores modérés à l'AUDIT, et tous les travailleurs sont potentiellement concernés.

Référence bibliographique

- Airagnes G, Lemogne C, Meneton P, Plessz M, Goldberg M, et al. Alcohol, tobacco and cannabis use are associated with job loss at follow-up: Findings from the CONSTANCES cohort. *PLOS ONE*. 2019 ; 14 (9) : e0222361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222361>.

9 h 30

Résultats de l'enquête en ligne "TDAH en milieu addictologique"

Dr May Boumendjel (Versailles),
Dr Étienne Kammerer, M. Arkaitz Aguerretxe Colina, Dr Jérôme Bachellier, Dr Louise Carton, Dr Hanna Eid,
Pr Maurice Dematteis

Depuis quelques années, le diagnostic des patients ayant un trouble du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité (TDAH) s'améliore en France.

En addictologie, présent chez plus de 20 % des patients, il reste pourtant insuffisamment repéré et évalué, et parfois difficile à diagnostiquer. Une coordination nationale du TDAH de l'adulte s'est créée depuis peu pour proposer des pistes d'amélioration pour un meilleur accompagnement des patients, mais pour ce

faire, l'état des lieux est nécessaire.

Nous avons donc construit un questionnaire à destination des professionnels de l'addictologie travaillant en libéral, en structure médico-social ou en milieu hospitalier.

L'objectif principal de cette enquête est donc l'identification des connaissances, des moyens et des pratiques réalisées sur le territoire français dans les consultations d'addictologie. Pour cela, nous avons envoyé cette enquête à l'aide des listes de diffusion des associations et autres structures en lien avec l'addictologie (FFA, SFA, AHS, RESPADD, ADDICTOLIB, MGADDICTIONS, appel dans *Le Courrier des Addictions*).

Nous présenterons les résultats de cette enquête clôturée le 1^{er} janvier 2020.

8 h 30

6^{es} Rencontres de la revue *Alcoologie et Addictologie*

Atelier de la SFA animé par :
Pr Amine Benyamina (Villejuif)
Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

Soins primaires RPIB

Présidente : Dr Catherine Bernard (Paris)
Modératrice : Dr Anne-Marie Brieuze (Orléans)

10 h 05

La formation initiale des internes de médecine générale en addictologie
Pr Philippe Binder (Poitiers)

La formation en addictologie des médecins est obligatoire en 2^e cycle. Elle concerne le repérage, les conséquences, les sevrages et le suivi. En 3^e cycle de médecine générale, l'addiction concerne neuf des 11 familles de situations qui constituent le référentiel national du Collège national des généralistes enseignants. Sa mise en œuvre est hétérogène selon les facultés : 24 ont des formations spécifiques (14 optionnelles, dix obligatoires) et dix laissent l'initiative aux étudiants ou aux maîtres de stages. Nous avons mené une étude auprès des étudiants ayant fini leur formation dans neuf

facultés pour évaluer le rapport entre leur niveau en addictologie, leur mode de formation et leurs contextes. Le niveau des étudiants était significativement lié à l'existence d'une formation spécifique et à son niveau d'obligation dans sa faculté.

Les étudiants avec le meilleur niveau étaient moins nombreux que les autres à considérer les patients dépendants comme responsables de leurs choix plutôt que victimes de leur environnement, à viser l'abstinence plutôt que la réduction des risques et à se représenter la substitution opiacée comme une drogue légale plutôt qu'un médicament. Les étudiants ne se différenciaient pas selon leurs contextes personnels. Les conséquences et perspectives en sont discutées.

10 h 30

Repérage précoce, intervention brève – Le RPIB nouveau va arriver

Dr Julie Dupouy (Toulouse)

Le repérage de l'usage d'alcool est justifié par la mortalité attribuable à cette drogue : deuxième cause de mortalité évitable après le tabac en France en 2015. En 2017, 10 % des Français étaient usagers quotidiens et 35 % des adultes ont eu au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours de l'année écoulée.

En France, les repères pour définir qu'une consommation est à faible risque ont été modifiés récemment : moins de deux verres par jour, au maximum dix verres par semaine, avec au moins un jour sans alcool dans la semaine. Le repérage précoce suivi d'une intervention brève semble avoir un intérêt chez les personnes ayant une consommation d'alcool à risque. Des interventions brèves répétées seraient plus efficaces qu'une intervention brève unique.

Pour cela, les acteurs de soins premiers sont à une place de choix, s'intégrant dans la continuité des soins. Ils peuvent utiliser des questionnaires validés en soins premiers. Les usagers à risque estiment que leur médecin repère mieux leur consommation quand il aborde le sujet dès les premières consultations et le réaborde régulièrement. Du fait de la stigmatisation de ces patients, le médecin généraliste doit être particulièrement attentif à l'instauration d'un climat de confiance, sans jugement.

10 h 55

**Des savoirs, des outils,
dans une organisation des soins**
Pr Philippe Castera (Bordeaux)

Des études quantitatives et qualitatives en soins primaires identifient les freins à l'accompagnement des patients pour leurs addictions. Les professionnels mettent en avant l'absence de demande du patient, le manque de temps, de formation et la difficulté d'accès aux ressources. Les usagers soulignent fréquemment le manque d'intérêt de leur médecin traitant, voir même le sentiment d'être jugés. Ils s'adressent ainsi directement aux consultations spécialisées, quand ils les connaissent.

Des moyens innovants sont proposés pour favoriser le repérage et l'entrée dans le soin des patients : conseil à l'arrêt, 5A, RPIB, entretien motivationnel... Des gains importants d'efficacité sont à attendre d'une meilleure organisation du système de santé, autour de ces moyens.

La Nouvelle-Aquitaine essaye de mettre en place des prises en soins graduées pour les fumeurs de tabac. Si ces parcours se révèlent efficaces, ils pourraient être étendus pour toutes les addictions. Les Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac (LAST) et les Parcours addictologiques coordonnés sur les territoires (PACT) sont actuellement expérimentés, avec un accompagnement de marketing social en proximité, par la Coordination régionale addiction de Nouvelle-Aquitaine (COREADDNA) en collaboration avec le Service de soutien et d'innovation en prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux. Les principes et outils en sont présentés.

11 h 20

Les interventions brèves sont efficaces mais peu pratiquées. Que faire ?
Table ronde sur la promotion du dépistage et de l'intervention brève,
animée par le Pr Jean-Bernard Daepfen (Lausanne)

Considérant que :

1. Il n'y a plus de place aujourd'hui pour douter de l'efficacité de l'intervention brève. Pratiquée par le médecin généraliste, elle réduit la consommation d'alcool des patients présentant une consommation à risque sans dépendance de manière significative.

2. Si les données d'efficacité de l'intervention brève sont disponibles depuis plus de 20 ans, le dépistage et l'intervention brève sont très peu pratiqués en routine dans les cabinets de médecine générale. Cette situation contraste par exemple avec celle du tabac où le dépistage est beaucoup plus fréquent.

3. Des outils électroniques ont vu le jour pour des dépistages et des interventions brèves à large échelle et garantissant l'anonymat. Les données disponibles suggèrent l'efficacité de ces méthodes.

La nécessité de promouvoir une pratique à large échelle du dépistage de la consommation d'alcool à risque et de l'intervention brève étant établie, la table ronde se questionnera sur les solutions à envisager pour promouvoir une pratique à large échelle du dépistage et de l'intervention brève en France. Les pistes sont les suivantes :

1. Les outils électroniques permettent de pratiquer le dépistage systématique et l'intervention brève dans la communauté, par exemple au sein des collectivités publiques (écoles, universités, armée). Ils pourraient être diffusés largement. Pour les personnes dépistées positives, ayant bénéficié d'une intervention brève électronique et qui souhaitent davantage de soutien, elles pourraient être orientées vers leurs médecins ou vers un centre spécialisé.

2. Dans les cabinets des médecins généralistes, des solutions d'aide au dépistage pourraient être déployées sur smartphone ou tablette électronique à la salle d'attente.

3. La pratique de l'intervention brève par les médecins généralistes pourrait être promue par de la formation, incitée par des contrôles de performance et rémunérée.

Recherche et prévention

Présidente : Pr Isabelle Varescon (Boulogne-Billancourt)
Modérateur : M. Fabien Gierski (Reims)

11 h 50

**Modèles de prévention
de la santé : intégration
et applications**

Pr Florence Cousson-Gely (Montpellier)

12 h 15

**Promotion de la santé
et prévention en alcoologie :
apports des recherches
internationales**
M. Arnaud Carré (Chambéry)

La consommation d'alcool représente un enjeu majeur de santé publique, tant cela est un potentiel facteur négatif pour une variété de troubles somatiques et mentaux.

Dans ce contexte, la promotion de la santé et les différents niveaux de prévention sont attendus pour agir en amont des perturbations. La littérature scientifique internationale permet de relever des déterminants de vulnérabilité et de risques qui peuvent se traduire également en stratégies d'intervention. De plus, ces stratégies donnent lieu à des programmes dont l'évaluation renseigne sur les niveaux d'efficacité de ces approches psychosociales.

L'objet de cette présentation est de mettre en avant certains de ces déterminants et de décrire des programmes reposant sur un niveau de preuve suffisant et qui participent à la prévention de l'alcoolodépendance.

12 h 40

**Évaluation des programmes
de prévention des addictions
auprès des jeunes**
Mme Ingrid Gillaizeau (Santé publique
France)

Cinq programmes de prévention des conduites addictives à destination des jeunes ont été sélectionnés pour être évalués dans le cadre d'un partenariat entre trois institutions publiques : la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – Mildeca, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies – OFDT et Santé publique France.

Une méthodologie générale commune a respecté les phases suivantes : le diagnostic ou évaluation théorique ; l'élaboration du protocole d'évaluation (processus et efficacité) ; la mise en œuvre du protocole ; l'analyse des données et la rédaction de recommandations. Parmi les cinq programmes évalués :

- deux programmes ont montré des bénéfices significatifs en termes de prévention des consommations de substances psychoactives ;
- un programme de prévention et de réduction des risques en milieu festif n'a pu faire l'objet

d'une mesure d'impact, mais son évaluation suggère un rapport coût-bénéfice positif ;
- deux programmes ont montré des effets contre-productifs (un programme de prévention par les pairs et un programme à destination des apprentis).

Les résultats des évaluations, qu'ils soient positifs ou négatifs, produisent des connaissances essentielles pour améliorer la qualité de la prévention. Ils démontrent la nécessité de développer des ressources en évaluation afin d'orienter vers des interventions présentant les meilleures garanties de qualité et d'efficacité.

Patient expert Patient ressource

Président : Pr Gérard Ostermann
(Bordeaux)
Modératrice : Mme Agnès
Arthus-Bertrand (Solesmes)

14 h 30

Regards croisés
Table ronde
animée par Mme Micheline Claudon
(Levallois-Perret)
Intervenants :
M. Alain Dejour (Saint-Brieuc)
Mme Ariane Pommery (Paris)

15 h 00

Grande conférence
De l'éducation thérapeutique
au patient expert-partenaire :
tuteur de résilience ?
Pr André Grimaldi (Paris)

Communications affichées

Remédiation cognitive auprès
de patients souffrant de
troubles cognitifs liés à l'alcool
(TCLA) : deux études de cas
Mme Iris Chipaux (Nancy), Dr Antoine
Grosdemanche, Dr Michaël Bisch,
Pr Raymund Schwan

La consommation excessive d'alcool a de nombreuses répercussions sur la santé du patient, sa vie familiale et professionnelle, mais également sur ses fonctions cognitives, notamment sur les plans thymique (anxiété, dépression, apathie, alexithymie...) et cognitif (atteintes non systématiques de la mémoire épisodique antérograde et rétrograde, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, de l'attention, des fonctions visuo-spatiales et visuo-constructives, de la cognition sociale et de la métacognition) (1-3).

Dans le cadre de la prise en charge des TCLA, la remédiation cognitive vise à améliorer les processus cognitifs et émotionnels associés au trouble de l'usage de l'alcool d'un patient, et à transférer ces bénéfices à la vie quotidienne de ce dernier par la mise en place d'un programme de réhabilitation individualisé (4, 5). Ces deux études de cas confortent les données issues de la littérature, soulignant l'intérêt de ce type de psychothérapie dans la prise en charge des TCLA.

Références bibliographiques

- 1 - Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. *Frontiers in psychiatry*. 2014 ; 5 : 78.
- 2 - Svanberg J, Evans JJ. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*. 2013 ; 48 (6) : 704-11.
- 3 - Boudehent C, Beaunieux H, Pitel AL, Eustache F, Vabret F. Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolodépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. *Alcoologie et Addictologie*. 2012 ; 34 (2) : 121-7.
- 4 - Franck N. Remédiation cognitive. 2^e éd. Elsevier Masson ; 2017.
- 5 - Seron X, Van der Linden M. Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte. Tome 2 – Revalidation. De Boeck Supérieur ; 2016.

La neuroinflammation participe **aux déficits mnésiques observés** **chez le rat adolescent après** **seulement deux intoxications** **à l'alcool**

Mme Chloé Deschamps (Amiens),
Mme Floriane Uyttersprot, Dr Catherine
Vilpoux, Pr Mickael Naassila, Pr Olivier
Pierrefiche

La consommation rapide et massive d'alcool (éthanol), communément appelée *binge drinking*, concerne essentiellement les jeunes et conduit à l'ivresse, une intoxication sévère, voire au coma éthylique et potentiellement

à des déficits de mémorisation. Cependant, les mécanismes neurobiologiques à la base de ces déficits restent méconnus, notamment après seulement quelques épisodes de *binge drinking*.

Récemment, chez des rats adolescents soumis à deux épisodes de type *binge drinking* (20 % v/v, 3 g/kg i.p. ; éthanolémie : 2 g/L), nous avons rapporté des déficits d'apprentissages 48 heures plus tard. Ces déficits étaient associés, d'une part, à une abolition de la plasticité synaptique de type DLT (dépression à long terme) – un mécanisme cellulaire de la mémoire – dans l'hippocampe et, d'autre part, à une augmentation de la fonctionnalité des sous-unités GluN2B du récepteur au glutamate de type NMDA.

Nous avons testé l'hypothèse que les deux épisodes de *binge drinking* déclenchaient une neuroinflammation responsable des altérations observées à distance de l'alcoolisation. Nos résultats révèlent que 48 heures après les intoxications, il y a une augmentation du marquage immunohistochimique au TLR4, un récepteur impliqué dans la réponse neuro-inflammatoire, dans l'hippocampe des rats.

De manière intéressante, la minocycline (45 mg/kg, i.p.), un antibiotique aux propriétés neuroprotectrices et anti-inflammatoires, administrée 30 minutes avant chaque intoxication à l'éthanol prévient l'abolition de la DLT dans l'hippocampe et les déficits d'apprentissage observés 48 heures plus tard.

Ainsi, nos résultats révèlent l'implication de la neuroinflammation dans les effets délétères de deux intoxications éthyliques sur les processus d'apprentissage et de plasticité synaptique dans l'hippocampe. Bloquer la mise en place de tels processus ouvre des perspectives intéressantes dans la prévention des déficits mnésiques chez les *binge drinkers*.

Disulfiram : c'est dans **les vieilles casseroles qu'on fait** **les meilleures soupes** Dr Pascal Gache (Genève)

Le disulfiram, mis sur le marché en 1948, a longtemps été l'unique médicament utilisé pour le traitement de l'alcoolodépendance. Tombé progressivement en désuétude avec l'arrêt des cures de dégoût et des implants, il faisait même figure d'épouvantail et de mauvaise pratique alcoologique.

Nous avons réintroduit le disulfiram de façon régulière dans nos propositions thérapeutiques, seul ou en complément d'autres médicaments (acamprosate, naltrexone, nalméfène ou baclofène) ou de programme spécifique du type Alcochoix. La prise du médicament était totalement libre et non contrôlée par un tiers, comme cela avait pu être recommandé par le passé et encouragé par les résultats de certaines études.

Dans une étude rétrospective de 100 patients ayant reçu du disulfiram soit avec un objectif d'abstinence stricte soit avec un objectif de consommation contrôlée, nous avons observé un respect de l'objectif fixé chez presque deux tiers des patients pris en charge après une année de traitement. La nouveauté a été la prescription du disulfiram de façon séquentielle, permettant aux patients de consommer de l'alcool de façon libre et autonome quelques jours par semaine. Les hommes ont réussi aussi bien que les femmes à atteindre leurs objectifs et l'abandon du traitement ne concerne que 19 % des patients.

Au total, le disulfiram nous semble avoir encore une place de choix dans la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de l'alcool.

Nouveaux biomarqueurs d'alcoolisation : une révolution en transplantation hépatique ?

Dr Olivier Menard (Lille),
M. Florian Hakim, Dr Cécile Guénard,
Dr Jean-Michel Gaulier, Dr Guillaume Laissailly, Dr Valérie Canva, Pr Delphine Allorge, Pr Alexandre Louvet, Pr Philippe Mathurin, Pr Sebastien Dharancy,
Pr Olivier Cottencin

La maladie alcoolique du foie est l'une des principales indications de transplantation hépatique en France. Une abstinence totale en alcool est requise pour être inscrit sur liste d'attente, puis en pré- et post-greffe hépatique. Une fois greffé, environ 20 % des patients reprendraient un usage nocif en alcool, entraînant chez près d'un tiers d'entre eux une récurrence de cirrhose sur le greffon.

Les dernières années ont vu le développement de nouveaux biomarqueurs d'alcoolisation, qui présentent des fenêtres de détection plus longues, permettant un meilleur repérage des consommations d'alcool.

Depuis juin 2019, le CHRU de Lille a ins-

tauré de manière systématique l'utilisation du phosphatidylethanol et de l'éthylglycuronide urinaire chez les patients en attente de transplantation hépatique. Le taux de détection de l'usage d'alcool est ainsi passé de 3,2 % chez 365 patients suivis de janvier 2016 à décembre 2018, à 16,2 % chez 74 patients suivis de juin à novembre 2019. Pour cette dernière période, le taux de détection via l'alcoolémie et l'interrogatoire médicale était de 1,3 %.

Ces nouveaux biomarqueurs pourraient ainsi s'avérer particulièrement utiles pour mieux cibler les patients ayant le plus besoin d'une prise en charge addictologique précoce et améliorer ainsi leur pronostic à court, moyen et long termes.

Expérience de soins complexes en addictologie en hospitalisation de jour (HDJ)

Dr Lan Tien Nguyen (Vichy),
Mme Annick Gomard, Mme Catherine Ochchipinti, Mme Magali Griffet,
Mme Coline Cleaut, Mme Sandra Cohendoz, Mme Camille Bonjean,
Mme Catherine Clautrier

Introduction : la post-cure en hospitalisation complète (HC) est classiquement proposée dans les soins en addictologie ; néanmoins, l'inconvénient d'un travail insuffisant de lien à l'environnement est facteur de rechute. Le virage ambulatoire favorise le développement des HDJ. Nous rapportons l'expérience de l'HDJ addictologie du Centre hospitalier de Vichy
Matériel et méthode : le programme de 12 semaines en encadrement pluridisciplinaire, propose des entretiens individuels médico-psychosociaux et des ateliers thérapeutiques de groupe. Non nécessairement sevrés au préalable, les patients admis sont motivés à engager un changement comportemental.

Résultats : 27 hommes et six femmes ont été admis entre janvier 2018 et octobre 2019 : 70 % pour alcool ou alcool-tabac ; 15 % fument du THC. 64 % venaient du domicile, 15 % de post-cure, 12 % d'un service somatique, 9 % de psychiatrie.

À l'issue du stage, 55 % sont abstinents d'alcool, 24 % en consommation contrôlée et 21 % sont en échec. 10/20 ont arrêté le tabac, 1/5 le THC. Six ont été hospitalisés en cours de stage : quatre en médecine, qui ont repris ensuite l'HDJ ; deux en psychiatrie, suivis

de post-cure en HC. Une patiente est décédée de cirrhose.

Discussion : l'HDJ pour soins complexes en addictologie peut être une alternative avantageuse à la post-cure en HC.

Présentation de la sophrologie, de l'EFT (emotional freedom techniques), de l'hypnose éricksonienne, et exemple d'utilisation dans le traitement des addictions

Mme Carole Picot (Marseille)

Présentation basée sur mes compétences professionnelles.

La sophrologie : définition ; historique ; utilisation de la sophrologie dans les problématiques d'addiction (les objectifs de la sophrologie dans les addictions ; les techniques employées) ; déroulement des séances (séance collective ; séance individuelle) ; contre-indications.

L'EFT (*emotional freedom techniques*) : définition ; historique ; utilisation de l'EFT dans les problématiques d'addiction (les objectifs de l'EFT dans les addictions ; les techniques employées) ; déroulement d'une séance individuelle ; contre-indications.

L'hypnose éricksonienne : présentation ; concept de l'inconscient chez Erickson ; les principes ; l'apport de l'hypnose éricksonienne dans ma pratique.

Conclusion : les études scientifiques.

La méthode "Aïe, ça parle !"

Dr Pierre Radisson (Lyon)

Entendre la souffrance plutôt que l'anesthésier avec un produit.

Peut s'utiliser en individuel et en groupe.

Nous allons nous intéresser aux contrariétés récentes bien plus abordables que les grandes souffrances de nos vies. Elles parlent autant. De quoi j'ai mal maintenant ? Je vous accompagne sur six marches.

1. Nommer l'évènement extérieur tout récent : où, quand, comment ?

2. Nommer la douleur intérieure : travail de tâtonnement avec des mots de plus en plus mordants.

3. Exprimer virtuellement toutes les accusations qui vous viennent, vous pouvez même les exagérer car personne n'en saura rien. Le but est de vider la cuve de mauvaise humeur pour

y voir plus clair.

4. Quel est le monde de l'autre ? Émettre une hypothèse permet de voir les choses de plus haut.

5. Laisser venir un souvenir de jeunesse qui a la même musique de souffrance. Le cri enfoui surgit. Superposer avec le présent. Ce dernier nous fait si mal car il fait écho à un passé trop douloureux dont seule la conscience peut nous délier, au coup par coup.

6. Un acte libre de notre passé est alors possible.

**Présentation de l'atelier
"Bien-être issu des techniques
du Qi Gong" au CSAPA
le Sémaphore – Addiction
Méditerranée – Marseille 1^{er}
Mme Bénédicte Schied (Marseille)**

Je suis infirmière depuis 13 ans, je travaille en Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie depuis 2015 au sein du CSAPA le Sémaphore Marseille 1^{er} arrondissement.

C'est dans ce cadre-là qu'il est proposé aux patients un atelier à médiation corporelle, appelé "Bien-être issu des techniques du Qi Gong". Ce temps de pratique collective est concomitant avec les autres pratiques dites traditionnelles (psychologue, addictologue, éducateur...).

L'idée est d'amener à une réflexion sur la manière dont ces pratiques à médiations corporelles font soins et s'accordent avec les autres pratiques plus classiques :

- Échanger sur les réflexions, les observations et les questionnements sur la construction de cette proposition d'atelier au CSAPA : pourquoi ? Pour qui ? Par qui ? Comment ?

- Présentation d'une séance : déroulement, fréquence...

**Le rôle de l'infirmier libéral
dans le sevrage alcoolique
à domicile**

M. Luc Vellenriter (Charleville-Mézières),
Dr Étienne Kammerer, Dr Jean Paul
Gervaisot

Par sa souplesse de mise en œuvre, le sevrage alcoolique à domicile tend de plus en plus à se poser comme une alternative à l'hospitalisation dans le cadre de l'arrêt de l'alcool chez un

certain nombre de patients.

Les accompagner dans leur milieu de vie donne une proximité plus accrue des forces et des faiblesses de la démarche.

Après que le médecin ait identifié les conditions favorables à sa mise en œuvre, il peut le prescrire sous certaines formes.

L'intervention de l'infirmier se fera sur une durée limitée de une à deux semaines avec deux ou trois passages quotidiens.

Son rôle sera de :

- surveiller les risques de complications de l'arrêt de l'alcool en observant les paramètres du patient en s'appuyant sur la grille de Cushman ;

- vérifier l'observance de la prescription, le suivi médicamenteux, l'hydratation ;

- repérer les difficultés et les points d'appui du patient en fonction de ses éventuelles ressources de son environnement ;

- repérer les co-addictions ;

- faire le lien avec l'entourage ;

- rassurer et accompagner le patient ;

- échanger avec les professionnels associés à la démarche ;

- déterminer les perspectives du sevrage à moyen et long termes.

Le sevrage à domicile n'est possible que dans le cadre d'une interdisciplinarité entre tous les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux qui doivent avoir une volonté commune de tisser un maillage serré autour du patient.

La prescription sera illustrée de cas cliniques.

**L'hypnose médicale : un outil
thérapeutique qui facilite
l'éloignement des prises
compulsives d'alcool**

Dr Pascal Vesproumis
(Boulogne-Billancourt) et éducateurs
du Trait d'Union

Face à une demande de sevrage ambulatoire en alcool, notre préoccupation première en tant que soignants reste le risque de syndrome de manque (delirium tremens, crises d'épilepsie...) en l'absence de surveillance clinique adaptée et en cas de non-observance thérapeutique.

Mais les patients qui prennent régulièrement leur traitement et qui bénéficient au domicile d'un bon encadrement médico-social (plus ou moins familial) peuvent néanmoins présenter des troubles du sommeil, des douleurs des

membres inférieures (liées à une polyneuropathie) et une souffrance psychique avec une culpabilité difficile à apaiser.

Dans les suites du sevrage, les patients restent fragiles et les réalcoolisations demeurent fréquentes.

L'hypnose médicale sera présentée comme un outil thérapeutique complémentaire que nous utilisons au CSAPA Le Trait d'Union à Boulogne-Billancourt.

L'hypnose trouve sa place face aux demandes de sevrage essentiellement ambulatoires, permettant d'atténuer les signes cliniques révélés par l'absence d'alcool : l'insomnie, les douleurs de polyneuropathie, l'angoisse, les attaques de panique.

L'hypnose trouve également sa place face à la crainte de reconsommer de façon compulsive dans des conditions de sollicitations festives, professionnelles.

Accompagné d'éducateurs qui travaillent sur la réduction des risques, nous présenterons au travers de vignettes cliniques les fondements et la pratique des inductions hypnotiques rapides qui peuvent permettre aux patients d'éviter ou de réduire leur consommation alcoolisée.

**L'hospitalisation de jour :
un nouvel outil en addictologie**

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

Nous présenterons l'hospitalisation de jour comme un nouvel outil dans l'éventail des soins, qui s'adresse à des patients particulièrement vulnérables vis-à-vis de leur problématique d'alcool.

Un petit groupe de quatre personnes est constitué qui vient deux demi-journées par semaine pour un total entre 20 et 80 (entre dix et 40 semaines). La prise en charge s'arrête si le patient a acquis une meilleure assise intérieure, s'il maintient son abstinence, si sa pathologie psychiatrique est stabilisée. Les prestations comportent des prises en charge individuelles et en groupe. Le groupe de l'hôpital de jour participe toutes les semaines au groupe de parole de la consultation hospitalière d'addictologie, la cohabitation avec les autres patients a un effet mutuellement stimulant. En cas de ré-alcoolisation, les patients peuvent être hospitalisés à temps complet dans une unité pratiquant des se-

vrages complexes.

L'hospitalisation de jour est particulièrement indiquée en cas de comorbidités anxio-dépressives ; une approche addictologique et psychiatrique est pratiquée. Les patients apprennent à gérer leurs envies d'alcool, ils anticipent les jours de prise en charge, ils savent qu'ils pourront prendre appui sur les professionnels dans les activités spécifiques.

Du fait de la vie du petit groupe, certains fonctionnements se révèlent, que les patients pouvaient cacher en venant seulement en consultation ou en groupe de parole.

Il s'agit d'un nouvel outil qui aide les patients à se libérer de l'alcool ; ils gagnent en confiance en eux, ils cheminent selon leur projet de vie, ce qu'ils reflètent à la fin de la prise en charge.

Quelle approche clinique et thérapeutique des prises de psychotropes par les populations migrantes actuelles ?

Quelques réflexions à partir d'une expérience de proximité
Dr Jacques Yguel (Avesnes-sur-Helpe),
Dr Z. Moussa Benyacine

Les populations migrantes actuelles, venues par flux constants d'Asie et d'Afrique, consomment minoritairement des psychotropes. Cela relève autant de pratiques culturelles que des pratiques réactionnelles aux traumatismes qui jalonnent leurs parcours.

Dans notre expérience, médicaments et cannabis sont les plus consommés ; les premiers les plus demandés. Le "psychique" domine le "somatique" et il faut identifier rapidement les

comorbidités et/ou les cooccurrences.

D'abord résoudre les problèmes linguistiques rencontrés, puis connaître, le plus authentiquement possible, leurs projets est déterminant : passage, régularisation ou installation ? Le "célibataire et le mineur" ne sont l'homme marié ou la famille.

La précarité étant inversement propositionnelle à la légalité de la présence sur le territoire, avoir un statut juridique, un travail voire une occupation, maintenir les liens avec leur famille, en avoir localement sont prioritaires : dès lors que l'on progresse sur un point l'on "avance" sur les autres.

Créer ces liens et les coordonner sont apparus indispensables. La qualité de l'intervention est proportionnelle à la "complémentarité et circulation" dans nos dispositifs complexes. Mais c'est dans la "culture addictologique".

