

## Réunion de la Société française d'alcoolologie

Avec le parrainage  
du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

# Alcool et psychothérapies

## Résumés des communications

Coordination : Pr Michel Lejoyeux, Pr Jean Adès, Mme Micheline Claudon,  
Pr Jean-Bernard Daepfen, Dr Benoît Fleury, Dr Paul Kiritzé-Topor, Dr Didier Playoust

### • Jeudi 17 mars 2011

8 h 45

#### **Accueil et présentation**

Pr Michel Lejoyeux (Paris)

#### **Introduction**

9 h 00

#### **Place, définitions et objectifs de la psychothérapie en alcoolologie**

Pr Jean Adès (Colombes)

La définition des psychothérapies, méthodes thérapeutiques agissant sur le psychisme, est malaisée, tant sont nombreuses les méthodes plus ou moins codifiées et qui n'ont pas toutes fait l'objet d'évaluations.

Les méthodes psychothérapeutiques, sous des formes diverses, occupent une place essentielle dans la prise en charge de l'alcoolodépendance. Certaines méthodes s'adressent à la conduite alcoolique elle-même dans le but de favoriser l'initiation d'un arrêt de la consommation et son maintien dans la durée : ces méthodes reposent sur le postulat, vérifié la plupart du temps, que le maintien du sevrage d'alcool entraîne une amélioration de toutes les conséquences délétères, somatiques, psychologiques, sociales de la conduite.

Les thérapies motivationnelles, au premier chef, représentent une méthode très codifiée reposant sur le principe d'un dialogue socratique avec le patient, qui doit lui permettre d'intérioriser les aspects nécessaires du changement, dans une balance acceptée entre les effets éventuellement positifs de l'alcoolisation et ses conséquences négatives.

Les thérapies cognitives et comportementales occupent aujourd'hui une place importante notamment dans le maintien à long terme du sevrage. Elles impliquent l'analyse fonctionnelle des situations à risque et des techniques élaborées de prévention de la rechute à partir de l'examen des schémas cognitifs qui la favorisent.

Les thérapies de groupe sont également d'une grande importance, qu'il s'agisse de groupes de parole favorisant l'identification aux sujets abstinents, groupes animés par un ou plusieurs thérapeutes, ou de groupes d'entraide émanant de mouvements néphalistes dont l'efficacité n'est pas discutable.

La place des psychothérapies dynamiques est discutée, leur utilisation dépendant des orientations personnelles des thérapeutes, mais aussi de la présence éventuelle chez le sujet alcoolodépendant de troubles graves de la personnalité ou de pathologies névrotiques sévères.

La question du *matching*, appariement des méthodes psychothérapeutiques en fonction du type

de conduite alcoolique, a pu faire naître l'espoir de mieux spécifier les méthodes psychothérapeutiques adaptées. On verra aujourd'hui quelles en sont les limites. On ne saurait omettre dans une conduite parfaitement inscrite dans le tissu familial et social le rôle souvent essentiel des thérapies de couple et des thérapies familiales.

## Les pratiques psychothérapeutiques en alcoolologie et en addictologie

**Président :** Dr Didier Playoust (Tourcoing)

**Modérateur :** Dr Jacques Yguel (Avesnes-sur-Helpe)

9 h 30

#### **Quelles psychothérapies pour quels patients ? Données des recherches et problèmes cliniques**

Pr Jean-Nicolas Despland (Lausanne)

Les questions suscitées par l'évaluation des psychothérapies sont nombreuses et complexes. D'une part, le domaine des psychothérapies est balisé par la pensée d'école, qui est une source d'enrichissement, mais aussi de

conflits passionnels. D'autre part, la relation du psychothérapeute à sa théorie clinique est d'un autre ordre que celle du chercheur à sa méthode.

Nonobstant ces difficultés, de très nombreuses recherches ont été conduites ces dernières décennies. Les principaux résultats de ces études dans le domaine des troubles psychiatriques seront présentés et discutés. En ce qui concerne l'efficacité relative des différentes formes de psychothérapie, le paradoxe de l'équivalence suscite moult interrogations. Le rôle déterminant de l'alliance thérapeutique est à l'origine d'un malentendu dans la mesure où il ne s'agit pas d'un paramètre directement transposable sur le plan clinique. Enfin, le rôle crucial des qualités personnelles du psychothérapeute, au-delà des écoles et de tout autre facteur, pose de délicates questions éthiques sur le plan de la formation.

La généralisation de ces résultats au domaine des addictions, plus particulièrement de l'alcoolologie, souligne la relative spécificité des abus de substances, tant en ce qui concerne la question de l'efficacité relative que du rôle de la technique psychothérapique.

10 h 00

### **Psychoanalyse et addiction**

Dr Alain Rigaud (Reims)

Psychoanalyse et addiction est un thème que la SFA inscrit périodiquement à son programme, à la fois parce que la causalité psychique joue un rôle dans la pathogénie des conduites addictives et que leur approche thérapeutique appelle une composante psychothérapique, également parce que la psychanalyse se propose d'en rendre compte et d'y répondre.

La question aujourd'hui est donc d'indiquer en quoi et comment la psychanalyse peut contribuer à l'accompagnement des sujets présentant une conduite addictive avec l'alcool et/ou d'autres produits/objets, avec ou sans dépendance, cette méthode n'ayant jusqu'à présent fait l'objet d'aucune évaluation scientifique validée.

À partir de ses définition, objet et intentionnalité, l'auteur situe la psychanalyse en regard des autres psychothérapies et en quoi elle est fondée à s'intéresser aux patients présentant une addiction. Après un rappel des conceptions psychanalytiques actuelles relatives aux conduites addictives et du constat de l'inadéquation de la cure type, l'auteur précise les objectifs et

stratégies propres à la psychanalyse auprès de ces patients, leurs modalités d'application et leur articulation avec les stratégies de prise en charge thérapeutique.

Ce faisant, il situe l'intérêt, les indications et les limites de la psychanalyse au regard des étapes du parcours et des besoins du patient, également au regard des objectifs et des besoins de ceux qui entreprennent de les accompagner dans leurs soins. La psychanalyse apparaît proposer une approche qui ne se réduit pas aux seules psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique mises en œuvre par des professionnels formés pour concerner plus largement les objectifs et les modalités de l'accompagnement addictologique individuel et/ou institutionnel, ainsi que ses acteurs et leurs contre-attitudes (modèle de la psychothérapie institutionnelle). "On peut être ignorant de la psychanalyse, mais ce n'est pas sans conséquence pour l'organisation des soins" (D.W. Winnicott).

11 h 00

### **Psychothérapie motivationnelle**

Mme Cristiana Fortini (Lausanne)

Décrit pour la première fois en 1983, l'entretien motivationnel est né de la convergence entre science et pratique. Un retour en arrière pour situer l'origine de l'entretien motivationnel permettra de mieux comprendre comment cette approche est née, comment elle s'est développée, comment la recherche a progressivement permis de mieux la comprendre et l'affiner. Ses composantes techniques et relationnelles seront expliquées.

Développé à l'origine comme traitement de la dépendance à l'alcool, l'entretien motivationnel s'est rapidement diffusé et s'adresse actuellement à de multiples autres situations cliniques : tabagisme, addictions, alimentation, exercice physique, maladies chroniques, etc.

Avec le temps, et du fait de cette diffusion rapide, des confusions sont nées autour de ce qu'englobe l'entretien motivationnel. Des précisions seront apportées autour de ce que n'est pas l'entretien motivationnel, pour en arriver à ensuite décrire ce qui, par contre, le caractérise. Ces dernières années, en effet, des progrès ont été faits pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de l'entretien motivationnel et comment ceux-ci affectent le processus de changement.

11 h 30

### **Approches systémiques : rencontre avec les familles et l'entourage**

Dr Marc Habib (Paris)

La relation entre la consommation de substances ou d'alcool, d'une part, et la détresse ou l'insatisfaction conjugale ou les troubles de la communication dans la famille, d'autre part, est alambiquée : est-ce la consommation qui est à l'origine de la détresse psychologique de l'entourage ou, à l'inverse, est-ce le climat familial ou les interactions intrafamiliales qui provoquent la prise de toxique ou d'alcool ?

Cette question de l'œuf ou de la poule se pose pour chacun des problèmes individuels ou familiaux rapportés par nos patients qui présentent une consommation inadaptée, que cela soit relié à des difficultés communicationnelles, à des problèmes liés à la sexualité ou de violence conjugale ou intrafamiliale.

Les approches systémiques permettent d'aborder ces questions en les circularisant et en les recontextualisant.

Nous savons par de nombreuses études, en particulier anglo-saxonnes, l'efficacité dans les problèmes de dépendance des approches familiales. Pourtant, elles restent minoritaires dans nos pratiques.

Nous pouvons nous interroger sur les freins qui limitent ces pratiques en questionnant la complexité des interactions et des modes relationnels en jeu. Mais aussi, nous évoquerons les approches spécifiques que les problèmes d'addiction nous imposent.

Enfin, à l'aide d'exemples issus de la clinique, nous évoquerons le dispositif de thérapie multifamilial qui apparaît aujourd'hui comme un dispositif particulièrement efficace dans l'approche des troubles relationnels en rapport avec des consommations excessives de produit psychostimulants.

12 h 00

### **Psychothérapies cognitives et comportementales**

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

De nombreux programmes cognitivo-comportementaux ont été proposés dans le traitement des addictions. Tous ces programmes considèrent que les conduites addictives sont des comportements appris par conditionnement

classique ou opérant, et par apprentissage social. Ces comportements peuvent être modifiés en utilisant les mêmes processus d'apprentissage.

Le modèle le plus utilisé en pratique clinique est celui dit de prévention de la rechute, proposé par Allan Marlatt en 1985. L'axe central du modèle est constitué des situations dites à haut risque. Le modèle considère que, une fois le patient abstinent, celui-ci peut gérer efficacement ces situations à haut risque, ou au contraire les gérer de façon inefficace. Une gestion efficace des situations à haut risque induit une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et, par conséquent, une réduction du risque ultérieur de rechute. En revanche, la gestion inefficace de la situation à haut risque induit une baisse du sentiment d'efficacité personnelle et active les schémas d'attente d'effets positifs de la consommation. La combinaison de ces deux phénomènes favorise le passage à une première consommation. C'est cette première consommation qui active l'effet de violation de l'abstinence, qui à son tour entraîne une augmentation du risque de rechute. L'effet de violation de l'abstinence augmente le risque de rechute par la nécessité de résoudre la dissonance cognitive.

Allan Marlatt a proposé en 2004 une réactualisation du modèle de prévention de la rechute. Nous présenterons ce modèle qui se veut moins hiérarchisé et qui prend en compte la complexité des interactions entre les différents déterminants de la rechute.

## Les programmes intégrés

**Présidente :** Dr Dorothee Lécallier (Clichy)

**Modérateur :** Dr Paul Kiritzé-Topor (Angers)

14 h 00

### **Évaluation des psychothérapies en alcoologie**

Pr Bruno Falissard (Villejuif)

La méthodologie d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses est bien établie. Est-ce aussi le cas en ce qui concerne les psychothérapies ? Les avis sont partagés.

Quatre points méthodologiques-clés relatifs à l'évaluation de toute thérapeutique seront abordés dans un premier temps : quelles sont les thérapeutiques à comparer ? Quels sont les patients inclus ? Comment évaluer l'efficacité des thérapeutiques ? Comment assurer la comparabilité des groupes de traitement ? Nous verrons ainsi que l'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapeutiques relève fondamentalement de la même méthodologie.

Nous verrons enfin que l'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses vit actuellement les débuts d'une révolution avec un possible déclin du poids des essais randomisés ; cette révolution a curieusement été anticipée par certaines méthodologies d'évaluation des psychothérapies.

14 h 30

### **La dimension psychothérapique dans un groupe de parole en alcoologie**

Mme Micheline Claudon (Paris)

Le groupe de parole occupe une place privilégiée dans l'accompagnement du patient alcoolo-dépendant, vers sa quête d'une nouvelle identité où l'abstinence n'est plus subie, mais choisie comme chemin de vie. Ce travail d'élaboration psychique est fréquemment lié à la qualité de la relation transférentielle que le patient entretient avec son alcoologue qui, en valorisant la triangulation patient-groupe-alcoologue, renforce le lien et donne accès à un nouvel espace thérapeutique. Le transfert et le contre-transfert sont ici analysés dans l'espace transitionnel entre le dehors (avec alcool) et le dedans (sans puis hors alcool).

Ce travail psychothérapique est facilité par la pluralité des images identificatoires et la diversité des situations proposées qui permettent à chacun d'évaluer son seuil de motivation, de retrouver un sentiment d'efficacité personnelle et de s'approprier paroles et outils, tout en reconnaissant chez l'autre sa propre ambivalence.

La mise en commun d'expériences, dans un climat d'authenticité et de respect de la parole de l'autre, renforce la valeur pédagogique du groupe, notamment par l'appropriation des techniques issues des thérapies cognitivo-comportementales, qui redonnent à chacun l'espoir de sa désaliénation et l'accès à sa propre liberté.

15 h 30

### **Les programmes intégrés psychothérapie-médicaments**

Pr Jean-Bernard Daepfen (Lausanne)

D'importants changements ont eu lieu au cours des 30 dernières années dans le traitement de la dépendance à l'alcool. On a assisté durant cette période à une augmentation importante du nombre d'études testant de manière rigoureuse les stratégies thérapeutiques de la dépendance à l'alcool, médicamenteuses d'un côté, psychothérapeutiques de l'autre.

Nous disposons aujourd'hui des preuves de l'efficacité de deux molécules addictolytiques dans le traitement de la dépendance à l'alcool : l'acamprosate et la naltrexone. Une série d'autres molécules sont à l'étude.

Du côté des psychothérapies, les approches de type motivationnel et comportemental ont fait leurs preuves, que ce soient les psychothérapies individuelles ou en groupe.

La combinaison de ces stratégies est intéressante, parce que l'on peut faire l'hypothèse que ces traitements sont complémentaires, que leur effet pourrait être additif. Nous disposons actuellement de peu d'études qui permettent de montrer l'efficacité des stratégies combinées. D'importantes limitations sont à déplorer dans les connaissances actuelles sur l'efficacité des traitements. Par exemple, les études disponibles sont limitées par le fait qu'elles évaluent le bénéfice des traitements à relativement court terme, qu'elles présentent de nombreuses limitations méthodologiques, qu'elles sont complexes et coûteuses. Les perspectives de développement des traitements combinés seront explorées à la lumière des connaissances actuelles et de leurs limites.

16 h 00

### **Aspects éthiques de la psychothérapie : jusqu'où peut-on intervenir ?**

Pr Gérard Ostermann (Bordeaux)

Résumé non parvenu.

16 h 30

### **Un ou plusieurs thérapeutes ? Quelles thérapies ? Quels objectifs ? Place des mouvements d'entraide ?**

Discussion animée par le Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

Discutant : M. Jean-Philippe Anris (Paris)

• **Vendredi 18 mars 2011**

## La psychothérapie au fil du parcours alcoolologique

---

**Présidente :** Dr Claudine Gillet (Nancy)  
**Moderateur :** Dr Yannick Le Blévec (Astillé)

9 h 00

**Médecine générale et adaptation de l'entretien motivationnel**  
Dr Philippe Michaud (Clichy), Dr François Bloedé (Paris)

Les comportements de santé sont dans les pays développés les déterminants les plus importants de la longévité et de la qualité de la vie, et l'adhésion aux traitements sont un facteur pronostique de leurs réussites. La place du conseil comportemental concernant les habitudes de vie et le suivi des prescriptions devrait donc prendre une place essentielle dans la formation initiale et continue des médecins généralistes.

L'entretien motivationnel est né il y a presque 30 ans dans le monde de l'addictologie, mais il a été tôt adapté aux objectifs et à la pratique des médecins généralistes. Nous présentons les adaptations formelles, les champs cliniques dans lesquelles elles ont été utilisés et les évaluations de l'efficacité de ces pratiques.

Nous discuterons :

- l'évolution conceptuelle qui sépare de plus en plus nettement l'entretien motivationnel du modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente ;
- le lien entre interventions brèves motivationnelles visant un changement déterminé et style relationnel.

En conclusion, l'entretien motivationnel, style guidant mais centré sur la personne, s'insère naturellement dans la palette à la disposition du médecin généraliste.

9 h 25

**Existe-t-il une psychothérapie structurée pendant le sevrage ?**  
Dr François Gonnet (Lyon)

Si l'on considère que, sous-jacente à toute conduite addictive, existe une souffrance psy-

chique, la plupart du temps inconsciente, si l'on définit la psychothérapie comme "toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade..." (J. Laplanche, J.B. Pontalis), il apparaît dès lors évident que ce qui sous-tend l'accompagnement thérapeutique d'une personne dépendante est de nature psychothérapeutique, ce, quel que soit le temps du soin.

Si je définis le sevrage d'un sujet dépendant comme double – le sevrage physique (quelques jours) et le sevrage psychologique (quelques années) –, il est bien clair que c'est surtout au second temps de ce sevrage que sera consacré l'accompagnement psychothérapeutique.

Ce préliminaire posé, il convient de considérer qu'il peut y avoir deux niveaux de structuration d'une psychothérapie, l'une dite "de soutien", de nature horizontale, permettant une verbalisation de la vie intérieure du sujet et de son rapport à l'environnement, dans l'ici et le maintenant, l'autre dite "analytique", de nature verticale, s'appuyant sur "les principes théoriques et techniques de la psychanalyse, plutôt centrée sur la mise en évidence de significations inconscientes de paroles, actions et productions imaginaires" (ibid.), en lien avec la vie antécédente du sujet.

Un fréquent, quoique non constant, degré d'apsochognosie va limiter sérieusement l'usage des psychothérapies analytiques, au moins dans un premier temps.

Mais la réalité n'est pas aussi simple : l'usage de l'outil psychanalytique par le thérapeute, dans la mesure où il y est entraîné, peut accroître de façon notable la qualité d'une thérapie de soutien, permettant avant tout à celui-ci de se situer à la distance la plus adaptée, sans besoin d'interprétation morale, ni trop d'émotions perturbatrices interférentes.

La création d'un lien thérapeutique sera alors plus aisée, à quelque stade d'évolution que se situe le moment de la rencontre. Ce lien créé est l'élément qui conditionnera la qualité de l'accompagnement psychothérapeutique ultérieur.

Lien et distance institués, le thérapeute pourra utiliser à sa guise un ou plusieurs outils thérapeutiques spécialisés, adaptés à chaque stade du sevrage : analyse transactionnelle, thérapie cognitivo-comportementale, systémique, hypnose, *gestalt*-thérapie, sophrologie, etc. Dans la mesure où le thérapeute maîtrise bien son

outil, a suffisamment de recul sur lui-même et prend du plaisir à ce qu'il fait, les excommunications de chapelles (à condition toutefois qu'elles aient pignon sur rue officiel) ne peuvent qu'avoir un rôle limitant dans ce champ thérapeutique très particulier, où la souplesse doit être de mise.

Restera alors à aborder une autre maîtrise et non des moindres : celle de l'abandon de sa toute-puissance par le soignant. Cette maîtrise lui permettra de faire des alliances thérapeutiques en réseau et de ne jamais perdre de vue que l'objectif thérapeutique fondamental en addictologie est de permettre au sujet dépendant de faire quelques gains d'auto-nomisation... par rapport à son thérapeute, notamment !

9 h 50

**Quelle psychothérapie en urgence et en liaison ?**  
Pr Michel Lejoyeux (Paris)

Résumé non parvenu.

10 h 45

**Psychothérapie, information et motivation des soignants**  
Dr Éric Hispard (Paris)

Résumé non parvenu.

## Adaptation des thérapies

---

**Président :** Pr Maurice Bazot (Paris)  
**Moderateur :** Pr Gérard Ostermann (Bordeaux)

11 h 10

**Existe-t-il des données permettant de proposer un type de psychothérapie à un profil de patient (matching) ?**  
Pr François Paille (Nancy)

La prévention de la rechute à long terme reste l'un des objectifs-clés du traitement de l'alcoolodépendance.

De nombreuses méthodes psychothérapeutiques ont montré, à des degrés divers, une efficacité : renforcement motivationnel, thérapie

cognitivo-comportementale, thérapie systémique, renforcement communautaire...

Les revues et méta-analyses montrent globalement une efficacité relativement modeste de ces méthodes. Leur effet pourrait être amoindri par le fait qu'elles sont habituellement évaluées dans de grandes populations hétérogènes.

Une hypothèse défend le fait que ces stratégies thérapeutiques pourraient donner de meilleurs résultats si elles étaient testées auprès de groupes présentant des profils plus homogènes, pour lesquels certaines thérapies pourraient s'avérer plus efficaces ; c'est la théorie de l'appariement ayant notamment débouché sur la grande étude MATCH.

Si celle-ci s'est révélée décevante, d'autres approches, y compris biologiques, semblent plus prometteuses dans l'optique d'évoluer vers une plus grande personnalisation des traitements. Cette communication a pour objectif de présenter les grandes études qui ont cherché à définir des profils de patients qui seraient plus susceptibles de répondre à tel ou tel type de thérapie.

Cela amène aussi à repenser la question des mécanismes par lesquels telle ou telle méthode est supposée agir sur le changement de comportement.

11 h 35

### **Psychothérapie et adolescence**

Pr Maurice Corcos (Paris)

La spécificité de la psychothérapie à l'adolescence est liée aux particularités de l'organisation psychique des patients à cet âge carrefour.

Soit que trop inhibés, ils enferment et censurent si étroitement leurs productions préconscientes qu'ils ne peuvent en prendre connaissance et naître à autre chose avec elles ; soit que trop débordés par ces productions, trop en "prise directe" avec les pulsions qui les animent et désaniment, ils ne laissent guère de place au travail du préconscient qui permet l'élaboration conjointe des affects et des figurations qui les traduisent.

Ce qui doit s'adapter alors dans la démarche psychothérapeutique, c'est la façon dont les outils fondamentaux de la démarche psychanalytique sont mis en œuvre dans une thérapie bifocale. Celle-ci, faisant intervenir un couple de psychiatre et de psychothérapeute, peut être vue comme un renforcement de l'étayage des processus psychiques par le cadre soignant.

Ce renforcement repose essentiellement sur deux ordres de données qui se soutiennent et se complètent l'une l'autre : une aide aux processus de figuration et par là même de liaison ; et un renforcement des facteurs de différenciation.

Cet axe de travail permet de gérer au mieux les difficiles questions de la place de la régression, celle du contre-investissement du monde interne et des processus psychiques par le surinvestissement de la réalité externe et des données perceptives sur un mode de type "opérateur", et enfin celle de la défense par la latéralisation du transfert et les *acting out* transférentiels si fréquents à l'adolescence.

12 h 00

### **Psychothérapie en psychiatrie du sujet âgé. Spécificités dans les troubles dépressifs et anxieux et dans l'abus d'alcool**

Mme Sophie Kindynis, Mlle Shirley Leignel, Pr Frédéric Limosin (Paris)

Dans le cadre de la prise en charge des patients âgés hospitalisés dans l'unité pour des troubles anxieux ou de l'humeur, pouvant être associés à un mésusage d'alcool, des thérapies cognitives et comportementales (TCC) spécifiques sont proposées. Leur objectif est notamment de contribuer au maintien du sevrage de l'alcool.

Parallèlement à la psychothérapie individuelle, les groupes thérapeutiques présentent l'avantage de permettre un partage d'expérience, ce qui favorise chez le sujet âgé, centré sur la fragilisation de sa santé et de sa situation sociale, une prise de distance et une meilleure objectivité vis-à-vis de sa propre situation.

Nous présenterons dans un premier temps notre approche TCC spécifique aux patients âgés déprimés ou anxieux et, dans un second temps, nous indiquerons quelques particularités psychothérapeutiques ciblant la consommation excessive d'alcool, consommation souvent cachée et, de ce fait, éventuellement négligée en dépit de sa grande toxicité sur des sujets âgés fragilisés tant au plan physique que psychique.

12 h 25

### **Psychothérapie et comorbidité psychiatrique**

Dr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

Résumé non parvenu.

## Discussion Communications libres

Présidente : Dr Isabelle Gabriel

(La Membrolle-sur-Choisille)

Modérateur : Dr Alain Sarda (Paris)

15 h 00

### **Quels intervenants pour quelles psychothérapies ? Quelles supervisions ? Quelles formations ?**

Discussion

15 h 15

### **Le déni : enfance et psychopathologie**

Dr Claude Orsel (Paris)

Résumé non parvenu.

15 h 30

### **Diversité des techniques comportementales et cognitives utilisées dans la prévention de la rechute de l'alcool-dépendance**

Dr Anne-Claire Duzan, Dr Xavier Laqueille, Dr Alain Dervaux (Paris)

Une méta-analyse récente a montré l'efficacité significative des thérapies comportementales et cognitives (TCC) (Magill, 2009). En pratique, les outils des TCC peuvent être utilisés dans différentes configurations cliniques et sont adaptés au stade motivationnel des patients. La prévention de la rechute est un temps thérapeutique important. Nous rapportons la prise en charge individuelle cognitivo-comportementale durant cinq mois d'un premier cas de patient en situation de précarité sociale et d'un second cas de patient adressé par un service d'urgence.

La problématique des patients a été conceptualisée à l'aide d'une analyse fonctionnelle et d'une évaluation psychométrique. Les échelles utilisées ont été : l'*Obsessive compulsive drinking scale*, le questionnaire de Pelc, la *Ways of coping checklist* de Cousson et le questionnaire YSQ-S1. L'utilisation de techniques d'exposition et d'entraînement aux habiletés sociales (Suk Lee et al., 2008) a semblé particulièrement adaptée lorsque la consommation d'alcool était essentiellement en lien avec des habitudes

d'usage social. L'utilisation de techniques de résolution de problèmes (Jaffee et al., 2009) et de relaxation-méditation (Brewer et al., 2009) était plus adaptée pour les problématiques anxieuses. L'apprentissage de la gestion des envies d'alcool, la remédiation cognitive sur les croyances liées à l'alcool, le renforcement communautaire et l'établissement d'un plan d'urgence ont été nécessaires dans les deux cas.

15 h 45

### **Réunions de psychoéducation chez des patients hospitalisés pour sevrage**

M. Michel Naudet, M. Henri Pencoat, M. Nourédine Sadeddine, Mme Joëlle Pally (Garches)

Contexte : depuis 2007, les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique à la Clinique du Château de Garches et à la Maison de Santé Bellevue sont incités à assister à une réunion hebdomadaire de psychoéducation sur l'alcool, la maladie alcoolique et les mécanismes de dépendance. Ces réunions sont complémentaires à l'entretien quotidien avec le psychiatre, les groupes de parole et la psychothérapie individuelle.

Objectif : décrire les spécificités des réunions de psychoéducation "Alcool et dépendance" et tenter d'évaluer quantitativement l'influence réelle de ces réunions sur les connaissances et les représentations des patients envers la maladie alcoolique.

Méthode : un questionnaire QCM à 20 items sur leurs connaissances et représentations actuelles est soumis aux nouveaux patients. Ils y répondent une première fois dès leur admission et une seconde fois juste avant leur sortie. Nous enregistrons dans une base de données la différence entre le score de sortie et le score d'entrée, ainsi que le nombre de réunions de psychoéducation auquel le patient a réellement assisté. Trois groupes sont distingués : les patients n'ayant assisté à aucune réunion au cours de leur hospitalisation, ceux n'ayant participé qu'une seule fois et ceux ayant participé plusieurs fois.

Résultats : à ce jour, nous avons des données valides (scores d'entrée et de sortie) pour une centaine de patients. Les premiers résultats indiquent que le groupe ayant assisté à plusieurs réunions de psychoéducation améliore significativement son score par rapport aux autres groupes. L'étude étant en cours, les

autres résultats seront exposés et discutés lors de notre présentation.

Conclusion : en complément des psychothérapies individuelles, les réunions de psychoéducation peuvent influencer le comportement futur du patient, en améliorant ses connaissances envers la maladie alcoolique et en modifiant ses représentations envers la dépendance, avec pour conséquence une meilleure appropriation de la problématique et la recherche de stratégies plus réalistes pour y faire face.

16 h 15

### **Construire un groupe de parole**

Dr Thomas Wallenhorst (Semur-en-Auxois)

Notre groupe de parole, qui fonctionne depuis dix ans, est construit et conduit comme une psychothérapie de groupe, inspirée des psychothérapies humanistes.

Nous souhaitons d'abord faire vivre une expérience aux patients où ils peuvent se sentir rejoints dans leur vécu émotionnel : au départ, ils sont freinés par la peur de s'exprimer devant d'autres personnes ; cette peur sera dépassée ; ils déposent leur souffrance dans le groupe, ils se constituent des outils concrets leur permettant de gérer les situations dans lesquelles surgit le *craving*. Une identification se réalise avec d'autres personnes touchées par le même problème et qui apprennent ensemble à le surmonter. Les patients sont invités à devenir intelligents de leur vécu et à écouter l'expérience des autres. Leur désir de vivre se réveille.

Nous souhaitons transmettre des données permettant la constitution de repères pour expérimenter des moyens de sortie de la conduite addictive. La notion de la personnalité saine qui a des fonctionnements sains qu'il convient de retrouver est un point de départ. Nous attachons une grande importance à l'exploration des difficultés, dysfonctionnements et pièges, tout en cherchant à prendre appui sur du positif pour en sortir. L'attention aux émotions positives permet d'accéder à un dynamisme, à une nouvelle liberté et à la réflexion sur le sens de la vie : la volonté de vivre devient maintenant le moteur du changement. Les patients cheminent en avançant pas à pas, intégrant leur réussites et tirant des leçons de leurs échecs, en évitant de tomber dans le découragement. La capacité de croire en soi-même émerge.

Dans la construction du groupe, il y a eu l'intuition que chaque personne a la capacité de cheminer si on lui montre les possibilités de

manière personnalisée. Le fait de prendre la parole en partageant l'expérience permet de vérifier et d'approfondir les connaissances du thème traité pendant la séance. Les patients apprennent à déchiffrer leur vécu et à écouter les autres en les rejoignant dans ce qui leur tient à cœur. Les animateurs se laissent stimuler par les questions explicites et implicites des patients, ce qui fait évoluer les thèmes et où régulièrement de nouveaux thèmes sont élaborés.

16 h 30

### **Thérapies corporelles, quoi de neuf ?**

Dr Bruno Journe (Paris)

La problématique alcoolique et les addictions en général concernent autant la psyché que le corps. L'étiologie de ces maladies se tient dans les couches profondes de la biologie, telles que la faim, la soif, la satiété, le plaisir et le déplaisir. Les racines de ces dérèglements se trouvent aussi dans les mémoires fondamentales, que l'on nomme encore archaïque ou inconsciente.

Les addictions sont des conflits entre le corps, la raison et la culture sociale.

Nos approches du corps et de la psyché se rencontrent peu, qu'elles soient chimique, analytique, comportementale, de relaxation ou de sophrologie ; chacune élabore ses propres fondements, voire se construit en s'opposant (entretien du conflit).

On invite ici à une recherche dans l'histoire et la préhistoire des cultures, là où se rencontrent corps et psyché, dans différents lieux et sous différentes formes. C'est un endroit où il importe de peu différencier science, phantasmes et pouvoirs.

Dans ces racines où le corps et la psyché se rejoignent, il est possible de trouver non pas une nouvelle thérapie, mais des explications et des réponses aux problématiques des addictions.

16 h 45

### **L'hypnose ericksonienne en alcoologie**

Dr Jean-Claude Exbrayat (Saint-Égrève)

L'état hypnotique est un état modifié de conscience naturel, caractérisé par la dissociation entre activités consciente et inconsciente, et convoqué ici à des fins thérapeutiques. L'hypnothérapie ericksonienne mobilise les ressources de la personne en puisant dans le

“réservoir de ressources” qu’est “l’inconscient ericksonien” – lieu de stockage des souvenirs, expériences, apprentissages – et favorise un renouveau de la créativité. La thérapie ericksonienne parle le langage du patient et utilise la métaphore. Le thérapeute est facilitateur de contexte. L’approche ericksonienne s’avère particulièrement performante en alcoologie-addictologie. L’alcoolo-dépendant recherche un état de conscience proche de la transe hypnotique et se montre très réceptif à l’hypnose ericksonienne qui permet de faire basculer le problème du côté des ressources.

L’hypnose ericksonienne a vocation à traiter l’alexithymie en stimulant la mémoire et l’imaginaire, en faisant éprouver les sensations et les émotions par une relecture mobilisatrice introspective. Ainsi, les masques se fissurent et l’on voit s’accroître l’estime de soi et la confiance. Elle est aussi un outil de choix dans la pathologie addictive post-traumatique de par la juxtaposition dissociative et la capacité à réassocier en dynamisant la créativité, en restaurant la perméabilité des frontières internes et la solidité des frontières externes.

La philosophie ericksonienne, promouvant l’individualité du sujet et ses ressources, va à l’inverse du discours normatif habituellement porté par et sur les alcooliques. Il n’y a d’hypnose qu’auto-hypnose, la personne pouvant l’utiliser pour répondre à son besoin de repos, de bien-être et de changement de niveau de fonctionnement.

Je proposerai quelques modalités d’application clinique. J’ouvrirai également sur la thérapie

centrée sur la solution, autre facette de l’approche ericksonienne orientée sur la construction de l’avenir, qui s’appuie sur les succès et compétences du patient considéré comme expert de son histoire.

17 h 00

**Les supervisions améliorent les savoir-faire des médecins et infirmières scolaires en entretien motivationnel**

Mme Fatima Hadj-Slimane (Clichy),  
Dr Dorothée Lécallier, Mme Sylvie Aubague,  
M. Thierry Le Merdy, Mme Sylvie  
Lancrenon, Dr Philippe Michaud

Contexte : les formations classiques à l’entretien motivationnel (EM) sont le plus souvent insuffisantes pour permettre l’acquisition de cette pratique de l’entretien clinique. Les supervisions après formation peuvent être une méthode de renforcement des personnes formées. L’IPPSA mène depuis cinq ans des formations de médecins et infirmières scolaires (MIS) de l’Académie de Versailles au repérage des consommations et à l’EM, et a voulu mesurer l’impact d’une pratique de supervision, avec l’aide de l’Association francophone de diffusion de l’entretien motivationnel (AFDEM).

Méthode : deux groupes de neuf et dix MIS formés (pendant trois jours) ont bénéficié d’une supervision de quatre séances de deux heures et, selon la randomisation, l’ont reçue soit dans le trimestre qui a suivi la formation,

soit de façon différée, quatre mois plus tard. Trois évaluations des savoir-faire en EM ont été effectuées pour chacun des MIS inclus : juste après la formation, quatre mois et huit mois après. Dans un groupe, la supervision intervenait entre la première et la deuxième évaluations, dans le deuxième entre la deuxième et la troisième évaluations. Celles-ci ont été conduites selon les bonnes pratiques, en aveugle, à la fin de l’étude, par le codage d’entretiens enregistrés, par deux cotateurs formés et entraînés utilisant le MITI, instrument de mesure de la conformité de la conduite d’entretien avec l’EM. L’analyse a porté sur les différences entre les groupes au moment du deuxième entretien, et sur les évolutions durant la période de supervision dans les deux groupes.

Résultats : certains critères de conformité à l’EM sont significativement améliorés par la supervision : le pourcentage de comportements congruents à l’esprit de l’EM (entre groupes) et, dans l’analyse avant-après, ce même critère et le ratio entre reflets et questions. Les autres différences mesurées, homogènes dans leur direction, n’atteignent pas la significativité.

Discussion : le faible effectif et la faible puissance statistique qui en découle n’empêchent pas l’émergence d’une bonification des savoir-faire après une intervention de supervision assez légère (huit heures de travail de groupe).

Conclusion : un travail de plus grande échelle doit être conduit pour affiner les supervisions et renforcer les bénéfices des formations à l’EM des professionnels de santé de l’Éducation nationale.