

S3A**Les atteintes cérébrales et les déficits neuropsychologiques dans les troubles liés à la consommation d'alcool**

H. Beaunieux
 CHU de Caen, Inserm, U1077, université de Caen Basse-Normandie,
 Caen, France
 Adresse e-mail : helene.beaunieux@unicaen.fr

Non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.395>

S3B**Troubles neuropsychologiques dans les addictions : dépistage, évolution et pronostic**

P. Perney
 Centre hospitalier régional universitaire Carêmeau, Nîmes, France
 Adresse e-mail : pascal.PERNEY@chu-nimes.fr

La présentation est centrée sur une partie des troubles neuropsychologiques, les troubles cognitifs, qui sont une complication importante des consommations de produits psychoactifs. Ces troubles sont fréquents dans la maladie alcoolique : 60 à 80% des malades immédiatement après sevrage. La nicotine pourrait être un produit stimulant de la concentration et de la mémoire de travail. Toutefois, le tabagisme chronique est clairement associé à une altération globale des fonctions cognitives et en particulier des fonctions exécutives et de la mémoire prospective. Concernant les drogues illégales, il existe un risque significativement augmenté d'altérations cognitives pour le cannabis, les psychostimulants (cocaïne et ecstasy), les hallucinogènes et l'héroïne. Le dépistage de ces troubles est important pour plusieurs raisons :

– en raison de la grande fréquence des troubles qui sont souvent infra cliniques ;

– les co-consommations de produits psychoactifs sont très fréquentes et il est probable qu'une association de toxiques se traduise par une altération cognitive plus profonde ;

– des troubles cognitifs pourraient être un frein à la prise en charge addictologique puisqu'ils sont associés à une baisse de motivation pour le soin et à des difficultés pour intégrer les informations données pendant le soin ;

– enfin, l'existence de troubles cognitifs pourrait être un facteur pronostique péjoratif (difficultés pour prendre les bonnes décisions et donc taux de rechutes augmentés).

Le dépistage nécessite l'utilisation d'un test fiable, assez simple de réalisation et suffisamment sensible. Le Montréal Cognitive Assessment (MoCA) répond à ces critères et permet un premier screening. En fonction des résultats obtenus, des tests plus spécifiques, ainsi que des séances de réhabilitation adaptées peuvent être proposés. En dehors des atteintes les plus sévères, l'arrêt du toxique va permettre une amélioration des compétences cognitives qui va débuter dès les premières semaines et se poursuivre parfois pendant plusieurs mois.

Mots clés Addiction ; Alcool ; Troubles cognitifs ; Dépistage

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.396>

S3C**La remédiation en addictologie : données de la recherche et applications pratiques**

G. Brousse
 CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France
 Adresse e-mail : gbrousse@chu-clermontferrand.fr

Non reçu

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.397>

S8**Complémentarité des approches psychothérapeutiques en addictologie : le paradigme de l'efficacité**

J.-L. Vénisse
 CHU de Nantes, service d'addictologie et de psychiatrie de liaison,
 Nantes, France
 Adresse e-mail : jeanluc.venisse@chu-nantes.fr

La multiplicité des pratiques psychothérapeutiques (plusieurs centaines actuellement répertoriées dans le monde) entretient un flou croissant autour de ces approches, non seulement pour ceux qui sont en quête d'une aide ou d'un soin, mais également pour beaucoup de professionnels, avec des risques d'amalgame ou de repli sur telle ou telle référence exclusive. Une telle hétérogénéité peut pourtant être une richesse du fait des limites de ce que chaque approche permet en propre, en termes de changement et d'évolution personnelle de ceux qui s'y engagent. En pratique, quelques grands courants de référence semblent réunir la grande majorité des paradigmes ayant fait la preuve de leur validité et leur efficacité, au-delà des facteurs communs centrés sur la qualité de la relation patient-thérapeute. La complémentarité de ces approches psychothérapeutiques de références diverses s'est affirmée au cours des deux dernières décennies, en particulier vis-à-vis de certains registres pathologiques, comme les conduites addictives, contre-disant le sectarisme et la guerre idéologique qui avaient caractérisé la période précédente. Pour autant les conditions, indications, et modalités de cette complémentarité sont loin d'être toujours évidentes. Chacun des intervenants de cette session thématique cherchera, à partir de son expérience, clinique personnelle et de sa référence théorique à préciser celles-ci.

Mots clés Psychothérapies ; Addictions ; Co-thérapie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Deneux A., Poudat F.-X., Servillat T., Vénisse J.-L. Les psychothérapies : approche plurielle, Masson, 2009, 440 p.

Doutrelugne Y., Cottencin O., Betbeze J. Thérapies brèves : principes et outils pratiques, MASSON, 2013, 256 p.

Jeammet P. La thérapie bi-focale, *Adolescence*, 1992, t 10, No2, 371–383.

Thurin J.-M. Le changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie, *Pour la Recherche*, 2005, No 44, 2–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.398>

S8A**L'art de mobiliser les symptômes par les TCC**

F.-X. Poudat
 3, rue Marceau, Nantes, France
 Adresse e-mail : fxpoudat@outlook.com

À partir du cas clinique d'un patient addict sexuel, nous allons suivre son parcours de soin qui va servir de fil conducteur au processus d'individuation. Loin d'être centrée sur l'unique conditionnement opérant avec ses conséquences renforçatrices, la TCC va être utilisée comme « base sécuritaire » point de départ du détachement autonomisant nécessaire au traitement de toute addiction. Ainsi, trois étapes seront prises en compte :

– observer, sans modifier quoi que ce soit, les séquences addictives notamment le comportement-problème dans ces composantes notamment cognitives, émotionnelles et environnementales (auto-enregistrement, balance décisionnelle ; « permettre au patient de repérer sa manière contraignante et soumise d'être au monde » ;

– mettre un « virus » dans le système addictif afin de permettre au patient de « jouer » avec son symptôme, première étape du détachement (prescription de symptôme, information minimale ciblée, alternatives cognitives, gestion des émotions, modification

des séquences imaginatives. . .) ; « permettre au patient de repérer ses capacités à choisir d'utiliser ou non son symptôme addictif » ; – travailler sur les compétences de changement à long terme par une action sur l'estime de soi, les ressources et les compétences de changement. . . (groupe d'entraînement à l'affirmation de soi, groupe de restructuration cognitive, groupe à médiation corporelle, thérapie de couple, groupe de prévention de rechute. . .) ; « permettre au patient d'exister avec de nouvelles solutions de changement ».

L'intégration de modalités thérapeutiques spécifiques (comme la prescription de symptômes, la restructuration cognitive en groupe, la gestion émotionnelle, l'élaboration fantasmatique, les thérapies sexuelles de couple) rend compte de la nécessité, à des moments précis de la thérapie, d'ouvrir le champ des possibles non pas seulement à différentes thérapies mais aussi à différents thérapeutes. Le cadre de l'ordre d'utilisation des thérapies, dans le cas de notre patient, sera examiné notamment la place du travail de groupe à côté d'une thérapie conjugale et d'une psychothérapie de soutien.

Mots clés TCC ; Cognition ; Émotion ; Groupe ; Addiction

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.399>

S8B

Quelle place pour les thérapies systémiques brèves dans l'abord thérapeutique des addictions ?

O. Cottencin

Service d'addictologie, hôpital Fontan, Lille, France

Adresse e-mail : olivier.cottencin@chru-lille.fr

En addictologie, nous sommes régulièrement confrontés au paradoxe d'aider des patients qui ne le demandent pas. En effet, un nombre important de patients nous consulte sous la contrainte. Qu'il s'agisse de celle d'un tiers (conjoint, médecin traitant, injonction thérapeutique) ou qu'il s'agisse de leur propre contrainte (se soigner pour sa santé, se soigner pour les autres, pour sa famille) la contrainte semble omniprésente et souvent vécue comme un obstacle insurmontable au changement. Certains même considèrent qu'il n'est pas possible d'obliger les patients à faire une thérapie. Pourtant, il est commun de travailler en psychiatrie avec des patients qui refusent des soins. En effet, les patients atteints de troubles ne leur permettant plus d'appréhender la réalité en sont l'exemple et sont régulièrement hospitalisés (ou soignés en ambulatoire) malgré leur impossibilité à donner leur consentement aux soins. Ainsi, nous sommes capables de penser qu'il est impossible de faire une thérapie sous contrainte, tout en s'appuyant sur une loi qui l'autorise. . . au risque de remettre en cause les concepts fondamentaux de toute thérapie : le travail avec la demande, la motivation, l'alliance thérapeutique, le libre arbitre, le principe de bienfaisance, le respect de l'autonomie de la personne, etc. En réalité, les thérapies sous contrainte peuvent être une chance pour l'individu mais elles prennent le risque de placer le thérapeute lui-même dans un double lien, désigné à la fois par le corps social (ou familial) autant comme un aidant que comme un outil de coercition. Nous pensons qu'en la circonstance, les thérapies brèves systémiques peuvent avoir un intérêt pour ces patients en raison de leur abord anthropologique qui semble permettre un renforcement de l'approche motivationnelle tout en intégrant le caractère obligé de la demande. Après un court rappel sur les évaluations des psychothérapies dans les addictions, nous expliciterons au moyen des concepts fondamentaux de la thérapie systémique brève comment un thérapeute peut se libérer de cette double contrainte et aider le patient à devenir acteur d'un changement qui lui a été le plus souvent imposé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.400>

S8C

Conceptions étiopathogéniques des addictions et implications thérapeutiques en termes d'approches complémentaires

P. Jeammet

13, rue Gay-Lussac, Paris, France

Adresse e-mail : philippe.jeammet124@orange.fr

Les conduites addictives comme l'ensemble des troubles psychiatriques peuvent être vue comme des réponses adaptatives à ce qui est perçu comme une menace sur l'homéostasie psychique de l'individu. Menaces que le vécu d'impuissance et/ou de débordement résument pour l'essentiel. À ce vécu émotionnel que le sentiment de solitude, incompréhension, d'absence de valeurs vient aggraver, répond pour le sujet la nécessité physiologique avant même d'être psychique de retrouver un rôle actif, de ce percevoir à nouveau agent de sa vie. Ces réponses peuvent être considérées comme pathogènes, sinon pathologiques, dans la mesure où elles ne sont pas choisies mais répondent à des contraintes émotionnelles et qu'elles ont des conséquences négatives sur le développement du sujet. Elles le privent à terme des échanges nécessaires à son épanouissement dans au moins un des trois domaines clés que sont : prendre soin de son corps, développer ses compétences et sa sociabilité. De pathogènes les conduites deviennent pathologiques quand le sujet s'enferme dans ces comportements dont il est prisonnier même si par le soulagement qu'ils apportent il peut croire qu'il les a choisis librement. Tout ce qui limite cet enfermement et redonne au sujet envie de prendre soin de lui peut être considéré comme thérapeutique. On conçoit que les approches thérapeutiques puissent être multiples et complémentaires qu'elles reposent toujours sur des rencontres privilégiées, celles qui autorisent un retour de la confiance en soi et dans les autres, condition de cette envie de prendre soin de soi.

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.401>

S16

« Ces français qui jouent, du plaisir à l'excès »

M. Grall-Bronnec

CHU de Nantes, EA 4275 (université de Nantes), service

d'addictologie, institut fédératif des addictions comportementales, Nantes, France

Adresse e-mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

En France, la loi du 12 mai 2010 a encadré l'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux de hasard et d'argent (JHA) sur Internet. Seuls trois types de jeux ont été autorisés : les paris sportifs, les paris hippiques et le poker. Une récente enquête épidémiologique nationale a indiqué que 3,7% de la population générale adulte déclaraient avoir joué à un JHA en ligne au cours de l'année écoulée, soit environ deux millions d'individus [1]. Se basant sur l'Indice canadien du Jeu Excessif [2] pour l'évaluation des pratiques de jeu, cette même enquête identifiait 17% de joueurs « problématiques » parmi les joueurs dans l'année. Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux retrouvés avec l'offre de jeu traditionnelle hors ligne, confirmant que jouer sur Internet est un facteur de risque considérable de perdre le contrôle. Le poker est sans aucun doute le JHA qui a le plus « bénéficié » de la légalisation des jeux en ligne en France, représentant à lui seul plus de 80% des mises sur l'ensemble des jeux en ligne. Au troisième trimestre 2013, le nombre moyen de comptes joueurs actifs en poker était ainsi de 244 000 comptes/semaine [3]. Il existe encore peu de données épidémiologiques disponibles sur la prévalence du jeu excessif dans le cadre précis du poker, ni sur les caractéristiques des joueurs de poker en ligne, problématiques ou non. Pourtant, il apparaît aux