

- [5] Kabat-Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR ou réduction du stress basée sur la mindfulness. Paris, France: Éditions J'ai lu; 2013.
- [6] Marlatt GA, Bowen S, Lustyk MKB. Substance abuse and relapse prevention. In: Germer CK, Siegel RD, editors. *Widson and compassion in psychotherapy, deepening mindfulness in clinical practise*. New York, USA: The Guilford Press; 2012.
- [7] Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav* 2013;38:1563–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.005>

S12B

Comment conjuguer approche psychothérapique et nouveaux paradigmes pharmacologiques ?

H.-J. Aubin

Département de psychiatrie et d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, 94800 Villejuif, France

L'Agence européenne des médicaments a récemment approuvé la mise sur le marché du premier médicament visant la réduction de la consommation chez les personnes alcoolodépendantes. Jusque là, tous les médicaments proposés dans l'alcoolodépendance s'adressaient à des patients devant viser (implicitement ou explicitement) l'abstinence. Ce nouveau paradigme pharmacologique a évidemment un impact marqué sur l'approche psychothérapique des patients.

Entretien motivationnel.– Le nouveau paradigme pharmacologique permet de renforcer l'idée que le choix de l'objectif du traitement (réduction ou abstinence) ne doit pas être imposé par le thérapeute, mais sera le fruit de l'interaction thérapeute-patient. Le respect du choix de l'objectif par le patient permet d'éviter le phénomène de « réactance psychologique », phénomène induit par la menace d'entraver la liberté d'action d'un individu. La réactance psychologique se manifeste par la tentative de restaurer cette liberté perdue. D'où des réactions paradoxales à la prescription de l'abstinence par le thérapeute.

Thérapie cognitivo-comportementale de l'alcoolodépendance.– Les programmes les plus classiquement proposés en France sont orientés vers l'abstinence. Les stratégies classiques de gestion du *craving* ou le développement d'un plan d'urgence pour faire face à un faux-pas sont typiquement adaptées à l'objectif de l'abstinence, mais pas à celui de la réduction. De nouveaux principes doivent être intégrés pour la réduction de la consommation d'alcool : définition de l'objectif de consommation (fréquence, quantité, situations), monitoring rigoureux, et stratégies de modération de la consommation (rythme, alternance avec boissons non alcoolisées, . . .). Finalement, alors que l'état d'esprit de la prise en charge est notablement modifié avec l'intégration du nouveau paradigme vers plus de souplesse et d'acceptation par le thérapeute, l'essentiel des composantes psychothérapiques reste similaire à l'approche classique orientée vers l'abstinence.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.006>

S12C

Quels programmes d'éducation thérapeutiques pour les patients alcoolodépendants ?

J. Geneste-Saelens

UPP, CHU Gabriel-Montpied, 63000 Clermont-Ferrand, France

Dans sa définition classique l'éducation thérapeutique est conçue comme l'aide apportée au patient pour comprendre sa maladie et les traitements, collaborer aux soins et devenir compétent dans la gestion de sa pathologie. Les programmes de prise en charge addic-

tologiques en thérapie comportementale et cognitive rencontrés dans les établissements de soins, notamment centré sur la prévention de la rechute, sont déjà largement centrés sur ces objectifs.

La difficulté pour nous, intervenant dans le champ de l'alcoologie, est sans doute de redéfinir le champ de l'éducation thérapeutique au sein de l'ensemble des soins apportés, ce qui revient en partie à se poser la question de l'intérêt que nous avons à rebaptiser une partie de nos prises en charge « éducation thérapeutique ».

En ce qui concerne leurs finalités, on pourrait ici résumer celle des soins par la sortie de la dépendance et celle de l'éducation thérapeutique par la gestion des contraintes que cette dépendance induit au long cours, même stabilisée. Le temps de l'éducation thérapeutique serait alors secondaire à la stabilisation de la maladie.

Si nous retenons comme cible principale de l'éducation thérapeutique, l'objectif de vivre avec sa maladie, il va de soi que cela engage, en plus des compétences, des réaménagements psychologiques et identitaires nécessitant un accompagnement ne pouvant se limiter à l'apprentissage d'outils et/ou de transmission de savoirs. Il s'agit d'un vrai travail d'acceptation à accompagner et à ne surtout pas réduire à la simple question de reconnaissance du trouble (de façon catégorielle) face à un tiers.

Les programmes d'éducation thérapeutique en alcoologie se doivent d'être particulièrement attentifs aux différents aspects du trouble (cognitif, émotionnel et comportemental) afin de permettre cette acceptation.

Enfin, au sujet de l'acceptation, un dernier point mérite d'être souligné en ce qui concerne l'objectif de consommation « contrôlée » ou d'abstinence qui sera choisi. En effet, qui dit « éducation thérapeutique » dit promotion de l'autonomie du patient, et, dans ce contexte, il est important d'appréhender la capacité des soignants à accepter et accompagner les patients, à travers ces programmes, dans leurs objectifs de consommation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.007>

Salles d'injection à moindre risque : quelles preuves d'efficacité ?

Président : G. Dupuy, CSAPA, hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

S22A

Revue de la littérature internationale : quel bénéfice clinique attendu au plan individuel des salles d'injection à moindre risque ?

P. Polomeni

CHU Paris Seine Saint-Denis, site René-Muret, 93270 Sevran, France

Mots clés : Réduction morbi-mortalité ; Consommation supervisée ; Évaluation ; Parcours de soin

Introduction.– L'intérêt de lieux permettant à des usagers de drogues intraveineuses de s'injecter l'héroïne avec de bonnes conditions d'hygiène et avec une « supervision », pose question, en particulier en termes de stratégie personnalisée de soins. Une analyse des données internationales sur ce sujet peut nous donner des arguments d'aide à une décision.

Méthode.– Dans la suite de l'expertise collective Inserm qui avait étudié la bibliographie internationale jusqu'en 2010, nous avons fait des recherches sur Medline avec plusieurs mots clés, en axant l'étude sur le bénéfice individuel, et en privilégiant les textes récents.

Résultats.– Le nombre d'articles utilisables est peu important. Ils proviennent en grande partie de l'étude de centres pionniers. Une réduction des overdoses est démontrée, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins.