

**FACULTE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE – ILIS UNIVERSITE
DE LILLE**

**MASTER INGENIERIE DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

Mémoire de Master 2

**Création d'une équipe mobile de soins primaires pour les patients
alcoolidépendants sevrés dans une CPTS : Prévention des rechutes**

LILLE, Septembre 2024 – Juillet 2025

Clara MERCIER

**Président du jury : Professeur François PUISIEUX
Directeur de mémoire : Docteur Charles CAUET
Tuteur pédagogique : Professeur François PUISIEUX
Tuteur professionnel : Asmae OUAHMAN**

Le 07/07/2025

**Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 Rue Ambroise Paré
59120 LOOS**

« L'alcool conserve les fruits, mais pas les Hommes » - Jean Claude Carrière

A mon Grand Père,

Remerciements :

J'adresse mes sincères remerciements à **Monsieur le Professeur François Puisieux**, responsable de la formation et président du jury, pour l'honneur qu'il me fait de présider mon jury.

Je remercie la faculté **ILIS** pour m'avoir offert l'opportunité de suivre ce master. Cette formation m'a permis d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires à l'accomplissement de ce travail. Je souhaite également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et les intervenants pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement tout au long de mon parcours.

Ma reconnaissance va tout particulièrement au **Docteur Charles Cauet**, spécialiste en médecine générale et directeur de ce mémoire, pour son accompagnement sans faille, ses conseils avisés et son soutien tout au long de la rédaction. Son expertise et sa disponibilité ont été déterminantes pour l'aboutissement de ce projet.

Je tiens également à remercier **Madame Miotto**, gestionnaire de l'offre de formation, pour sa réactivité exemplaire face à l'ensemble de nos demandes ainsi que pour sa gentillesse.

Je remercie chaleureusement la **CPTS Beaumont Artois** et toute son équipe de m'avoir accueillie en contrat de professionnalisation. Je souhaite exprimer ma reconnaissance à **Madame Asmae Ouahman**, coordinatrice et au **Docteur Jean-Paul Duparcq**, spécialiste en médecine générale et président de la CPTS, pour leur accompagnement bienveillant et leurs conseils précieux au cours de ces deux années. Cette expérience m'a permis de mettre en pratique mes connaissances, d'approfondir ma compréhension du sujet et de bénéficier de toutes les ressources mises à ma disposition.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à **Monsieur Fourmy**, directeur de l'école Sainte Thérèse de Lens, qui continue à suivre mon parcours. Sa bienveillance et son intérêt pour mon évolution professionnelle et personnelle me touchent sincèrement.

Un remerciement tout particulier à **Madame Leroux**, professeur de ST2S, qui a cru en moi lors de mon changement de parcours entre la première et la terminale. Son soutien a été déterminant dans mon orientation et elle continue à m'encourager, en m'invitant notamment à témoigner de mon parcours auprès des lycéens.

Je tiens également à remercier chaleureusement le docteur **Saliha Grévin**, qui m'a permis de découvrir le monde de la santé en m'ouvrant les portes de sa maison de santé, lors d'un service civique qui a été une étape déterminante dans mon parcours.

Je remercie chaleureusement **ma famille et ma conjointe** pour leur soutien tout au long de ce parcours. Leur patience, leur écoute et leur bienveillance ont été pour moi des sources de réconfort et de motivation. Ma conjointe, en particulier, a su me soutenir dans les moments de doute, m'encourager. Sa présence à mes côtés a été précieuse, tant sur le plan personnel que dans la rigueur qu'elle m'a aidée à maintenir. C'est grâce à leur amour et leur implication que j'ai pu mener ce projet à terme avec sérénité.

Je tiens également à remercier **Abdel**, agent technique de la faculté, pour son engagement pour le bien-être des étudiants.

Enfin je n'oublie pas mes trois acolytes de promotion **Émilie, Florine et Eve-Anne**. Merci pour les fous rires, les révisions de dernière minute, les repas partagés et les innombrables messages de soutien. Sans vous, ces deux années auraient été bien moins drôles et beaucoup plus longues. Vous êtes officiellement mes co-survivantes du master !

A toutes celles et ceux qui, de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

Table des matières

REMERCIEMENTS :	3
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
I. LISTE DES ABREVIATIONS	8
II. INTRODUCTION	9
III. CADRE CONCEPTUEL	11
A. DEFINITION	11
B. LES MECANISMES DE L'ADDICTION	13
1. <i>Le triangle multifactoriel du Dr Claude Olivenstein</i>	13
2. <i>Le circuit de la récompense</i>	13
a) La recherche de plaisir	14
b) L'état émotionnel négatif	14
c) La perte de contrôle	15
C. LES FACTEURS DE RISQUE	15
1. <i>Les facteurs individuels</i>	15
2. <i>Les facteurs environnementaux</i>	16
3. <i>Les facteurs liés à la substance ou au comportement</i>	16
D. L'ALCOOLODEPENDANCE	16
1. <i>Définition de l'alcool</i>	16
2. <i>Définition de l'alcoolodépendance</i>	17
3. <i>État des lieux de la consommation d'alcool et des troubles de l'usage de l'alcool</i>	18
E. LA POLITIQUE PUBLIQUE NATIONALE	20
F. LA POLITIQUE PUBLIQUE REGIONALE	20
1. <i>Le Projet Régional de Santé</i>	20
2. <i>Le financement de la lutte contre les addictions</i>	21
G. LES CPTS	22
H. ÉTAT DES LIEUX DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE	23
1. <i>Repérer tous les usages</i>	23
2. <i>Les outils de repérage standardisés et les recommandations de bonnes pratiques</i>	23
a) Les outils de dépistage en soins primaires	24
3. <i>Intervention brève et entretien</i>	26
a) Intervention brève	26
b) L'entretien motivationnel	27
4. <i>Le sevrage</i>	30
a) Le sevrage ambulatoire	31
b) Le sevrage en hospitalisation complète	33
5. <i>Le suivi post-sevrage</i>	34
6. <i>La rechute</i>	36
IV. EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	38
1. <i>Les addictions sur le territoire d'animation en santé Artois-Douais</i>	39
2. <i>Le projet de santé de la CPTS Beaumont Artois</i>	40
3. <i>Le plan d'action</i>	40
4. <i>Le plan de formation</i>	42
V. METHODOLOGIE	44
VI. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	44
A. CHOIX DE L'OUTIL	44
B. CHOIX DES PARTICIPANTS	44
C. DEMARCHE DE RECRUTEMENT	44
VII. QUESTIONNAIRE	45
A. ÉLABORATION	45
B. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	45
VIII. ANALYSE	46

A.	DESCRIPTION DES REpondANTS	46
B.	PROFIL DE CONSOMMATION ET DE CURE DE SEVRAGE	48
C.	PARCOURS DE SOINS ET FACTEURS DECLENCHANTS	50
D.	STRATEGIES EN SITUATION DE TENTATION	53
E.	BESOIN EN PREVENTION DE LA RECHUTE	53
F.	ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES ET SOUTIENS ATTENDUS	54
IX.	DISCUSSION.....	57
A.	ANALYSE DES RESULTATS AU REGARD DES HYPOTHESES	57
1.	<i>Intérêt des patients pour une équipe mobile en cas de craving.....</i>	<i>57</i>
2.	<i>Importance d'un accompagnement post-sevrage personnalisé</i>	<i>58</i>
3.	<i>Ouverture sur les enjeux d'accessibilité et de continuité des soins</i>	<i>59</i>
B.	INTEGRATION TERRITORIALE ET COORDINATION AU SEIN DE LA CPTS.....	60
X.	BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	62
A.	MODE DE DIFFUSION ET ECHANTILLONNAGE :.....	62
B.	TAUX DE NON-REPOSE	62
C.	AUTO-DECLARATION.....	62
XI.	CONCLUSION	63
XII.	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	64
XIII.	BIBLIOGRAPHIE	65
XIV.	ANNEXES.....	69

Table des illustrations

Figure 1 - Le triangle multifactoriel du Dr Claude Olivenstein	13
Figure 2 - Représentation du circuit de la récompense	15
Figure 3 - Stade du trouble de l'usage	18
Figure 4 - Graphique de l'évolution des consommations	19
Figure 5 - Cercle de Prochaska & Di Clemente	28
Figure 6 - Balance décisionnel de Janis & Mann	29
Figure 7 - Échelle de Cushman (Score de Cushman.pdf, n.d.)	31
Figure 8 - Cercle de Prochaska & Di Clemente (Famille et couple face à l'addiction Clara De Groot, n.d.)	36
Figure 9 - Modèle de la rechute de Marlatt (Modeles_cognitivo-comportementaux, n.d.)	37
Figure 10 - Modèles cues-craving-rechute	37
Figure 11 - Carte des zones de proximité	38
Figure 12 - Part d'élèves de sixième déclarant avoir déjà bu de l'alcool	39
Figure 13 - Taux standardisé de mortalité	39
Figure 14 - Légende des représentations graphiques	39
Figure 15 - Répartition du genre des répondants	46
Figure 16 - Âge des répondants	46
Figure 17 - Situation professionnelle des répondants	47
Figure 18 - Âge du début de la consommation	47
Figure 19 - Statut d'abstinence actuel des participants	48
Figure 20 - Durée de l'abstinence chez les personnes actuellement abstinentes	48
Figure 21 - Antécédents de cure de sevrage parmi les répondants	49
Figure 22 - Type de sevrage réalisé	49
Figure 23 - Personne à l'initiative de la cure	49
Figure 24 - Motivations ayant conduit à la recherche d'aide	50
Figure 25 - Difficultés rencontrés en post-sevrage par les répondants	51
Figure 26 - Suivi à la suite d'un sevrage	52
Figure 27 - Avis des répondants sur la création de l'équipe	52
Figure 28 - Ce qui a aidé les répondants à tenir face à la tentation	53
Figure 29 - Ce qui pourrait aider à ne pas rechuter selon les répondants	54
Figure 30 - Ce qui pourrait aider à ne pas rechuter selon les répondants	54
Figure 31 - Attentes vis-à-vis du soutien en soins primaires	55
Figure 32 - Compétences attendues de l'équipe de soins primaires	56

I. Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ESP : Équipe de soins primaires

G&A : Généralistes & Addictions

HdF : Hauts de France

Inserm : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique

PRS : Projet Régionale de Santé

FLCA : Fond de Lutte Contre les Addictions

SFA : Société Française d'Alcoologie

EUFAS : European Federation of Addictions Societies

CMG : Collège de Médecine Générale

II. Introduction

L'addiction est un phénomène complexe, multidimensionnel et en constante évolution. Longtemps perçue comme un vice ou une perversion morale, elle est aujourd'hui reconnue comme une pathologie chronique, nécessitant une approche pluridisciplinaire

L'évolution du terme « addiction », du latin *addictus* évoquant l'asservissement vers une définition scientifique, traduit cette transformation de la perception sociale et médicale du phénomène. Les déclinaisons linguistiques telles que « -isme » ou « -manie » témoignent également de la diversité des formes et des degrés d'assujettissement que peut prendre l'addiction.

Une distinction importante doit être faite entre dépendance et addiction. Si la dépendance, entendue comme une nécessité vitale (comme celle à l'air ou à l'eau), peut être naturelle, l'addiction, quant à elle, suppose une perte de contrôle et la poursuite d'un comportement ou d'une consommation en dépit de ses conséquences délétères. L'Inserm et l'OMS définissent l'addiction comme une pathologie cérébrale chronique se traduisant par un besoin irrésistible et compulsif d'utiliser une substance ou de s'adonner à un comportement, malgré la conscience des risques pour la santé, la vie sociale et professionnelle de l'individu.

L'alcoolodépendance reste un enjeu majeur de santé publique en France, bien que la part des consommateurs quotidiens d'alcool parmi les adultes ait diminué au fil des décennies, passant de 21,5 % en 2000 à 8 % en 2021. Les indicateurs restent préoccupants. En 2017, près d'un quart de la population adulte dépassait encore les repères de consommation à moindre risque. L'alcool est responsable de 41 000 décès chaque année en France, affectant principalement les hommes, et constitue une cause importante de cancers et de maladies cardiovasculaires. Malgré les dispositifs de soin et les efforts de prévention, les taux de rechute après sevrage demeurent élevés, oscillant entre 40 et 60 % dans l'année suivant le traitement initial.

La région Hauts-de-France, souvent perçue comme très touchée par la consommation d'alcool, présente en réalité des taux inférieurs à la moyenne nationale concernant la consommation quotidienne. Toutefois, la mortalité en lien avec l'alcool, affiche un taux supérieur à celui de la France de 68%. Ce différentiel était encore plus notable chez les femmes avec plus 91%.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire, nourri par mon expérience professionnelle au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Beaumont Artois. Mon implication dans des groupes d'intervision avec des professionnels de santé m'a permis d'observer les limites actuelles de la prise en soin post-sevrage. En effet, les patients alcoolodépendants, une fois sevrés, réintègrent souvent un environnement peu propice au maintien de l'abstinence, ce qui contribue à un taux de rechute élevé. Ce constat a éveillé mon intérêt pour la problématique de l'accompagnement à la sortie de sevrage.

Ainsi, ce mémoire se propose d'analyser les bénéfices potentiels de la mise en place d'une équipe mobiles de soins primaires formée à la prévention des rechutes, dans le cadre d'une CPTS. L'objectif est d'évaluer en quoi une telle approche pluriprofessionnelle pourrait renforcer l'accompagnement des patients alcoolodépendants et favoriser une prise en soin continue, adaptée et ancrée dans leur environnement de vie.

III. Cadre conceptuel

A. Définition

Les addictions ne sont pas un phénomène nouveau puisque certains textes antiques font référence à des comportements compulsifs, souvent perçus comme un excès, un vice ou une perte de maîtrise de soi associés à des comportements criminels ou moraux. Cependant la définition de l'addiction tel que nous la considérons aujourd'hui a émergé entre 1950 et 1970 grâce au progrès en psychiatrie et en neurosciences. Mais il faudra attendre encore une dizaine d'années, car c'est en 1980 que l'addiction apparaît sous le terme de « Troubles liés à l'usage de substances » dans le DSM III (Diagnostic and statistical manual of mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Depuis 2013 et la parution de la dernière version du DSM, le DSM 5. (Trouble de l'usage | OFDT, n.d.)

Les troubles liés à l'usage de substances et troubles addictifs sont regroupés et définis par un ensemble de critères diagnostiques qui permet aux professionnels de santé de confirmer leur diagnostic.

En effet pour poser ce diagnostic il est nécessaire que la personne présente au moins 2 des 11 critères suivants au cours d'une période de 12 mois.

- 1) Perte de contrôle sur la quantité et temps dédié
- 2) Désir ou efforts persistants pour diminuer/contrôler la consommation
- 3) Beaucoup de temps consacré à l'alcool
- 4) Craving
- 5) Incapacité à remplir des obligations importantes
- 6) Problèmes interpersonnels ou sociaux
- 7) Activités réduites au profit de la consommation
- 8) Usage lorsque physiquement dangereux
- 9) Continuer malgré dommages physiques ou psychiques
- 10) Tolérance
- 11) Symptômes de sevrage

Le DSM 5 permet également de déterminer la sévérité du trouble en fonction du nombre de critères remplis.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) quant à elle définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements »

L'addiction se caractérise par :

- L'impossibilité répétée de contrôler son comportement,
- La poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

L'OMS distingue :

- Les addictions aux produits licites (alcool, tabac, médicaments) et illicites (cannabis, opiacés, cocaïne, ...)
- Les addictions comportementales ou sans substance : jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, ...

De nombreux médecins psychiatres mais aussi des psychologues, des médecins neurobiologistes ont étudié et développé des modèles théoriques de compréhension de l'addiction. Ainsi le psychiatre américain Aviel Goodman propose dans un article paru en 1990 dans le british journal of addiction cette définition : « L'addiction est un processus par lequel un comportement qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives ». (Goodman, 1990)

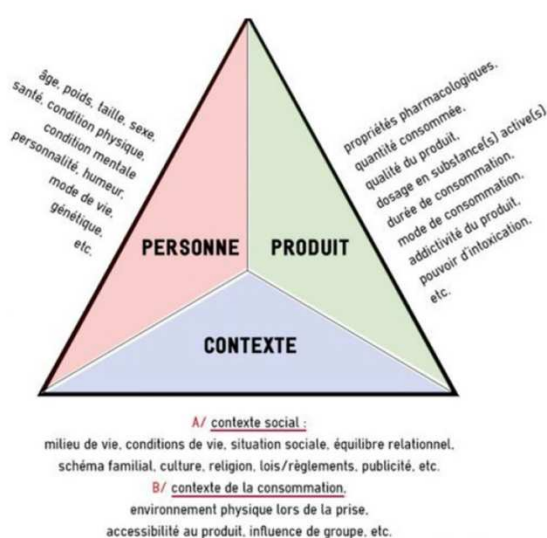
Cette définition a permis de faire évoluer la prise en charge des addictions en mettant l'accent sur les processus psychologiques et comportementaux qui les induisent.

B. Les mécanismes de l'addiction

1. Le triangle multifactoriel du Dr Claude Olivenstein

Le Dr Olivenstein, psychiatre a élaboré un outil, le triangle multifactoriel qui permet d'appréhender la consommation de produit dans une vision globale en tenant compte de l'articulation de 3 éléments :

- L'individu qui consomme,
- La nature du produit consommé,
- Le contexte dans lequel cette consommation a lieu.



Selon ce modèle, une addiction se développe lorsqu'un individu, avec ses problématiques personnelles, son histoire et ses singularités, rencontre un produit dont les propriétés psychoactives et le statut social répondent à ses besoins, conscient ou non, dans un contexte qui facilite, justifie ou renforce cette rencontre.(Blanchard, 2022)

Figure 1 - Le triangle multifactoriel du Dr Claude Olivenstein

Ce modèle permet d'appréhender les dimensions médicales mais aussi psychologiques et sociologiques de l'addiction.

2. Le circuit de la récompense

Une découverte importante a permis une meilleure compréhension des comportements addictifs, publié en 1954 par James Olds et Peter Milner dans un article intitulé « Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain » (Olds & Milner, 1954)

Cet article rapporte des expériences où des rats, équipés d'électrodes implantées dans certaines zones cérébrales, pressaient de manière répétée un levier pour s'auto-administrer des stimulations électriques. C'est cette observation qui a conduit à l'identification du circuit de la récompense.

Dans les années 1980, les travaux du Dr Roy A Wise neurobiologiste lui ont permis de formuler son hypothèse sur le rôle de « la dopamine du plaisir » ou « dopamine de la récompense ». (Wise, 2004)

En 2002, il publie un article qui vient confirmer ses hypothèses et montre comment les récompenses naturelles ou artificielles (drogues...) activent les circuits de la récompense. Il est désormais scientifiquement prouvé que l'installation d'une addiction implique 3 étapes.

a) La recherche de plaisir

La substance ou le comportement active le circuit de la récompense dans le cerveau qui fonctionne grâce à la dopamine. Quand la consommation se répète, le cerveau apprend à associer certains signes à la réponse attendue. A force la dopamine est libérée par anticipation dès que la personne est exposée à ces signes, ce qui pousse à recommencer.

Progressivement cette dérégulation va toucher d'autres systèmes chimiques du cerveau comme ceux qui utilisent la sérotonine et les endorphines. Les récepteurs deviennent moins sensibles et le corps produit moins de ces substances du bien-être. La personne ne ressent du plaisir qu'en consommant la substance. C'est ce qui entraîne la tolérance (besoin d'augmenter la consommation pour ressentir le même effet) et le manque dès qu'on arrête.

b) L'état émotionnel négatif

La quantité de dopamine libérée à chaque consommation diminue, le cerveau devient sensible à la récompense même avec la consommation du produit ou des activités qui habituellement procurent du plaisir. Cela rend la personne plus stressée et plus sujette aux émotions négatives.

Ce qui faisait plaisir avant (activité quotidiennes, relations) devient moins motivant. La personne consomme alors plus de substance non plus pour éprouver du plaisir mais pour éviter de se sentir mal.

c) La perte de contrôle

C'est le 3^{ème} stade, les circuits cérébraux liés à la récompense et aux émotions sont tellement perturbés que d'autres fonctions cérébrales sont touchées, surtout la capacité à se contrôler, à prendre de bonnes décisions et à résister à l'envie de consommer. C'est le craving qui explique les rechutes fréquentes même quand la personne veut vraiment arrêter.

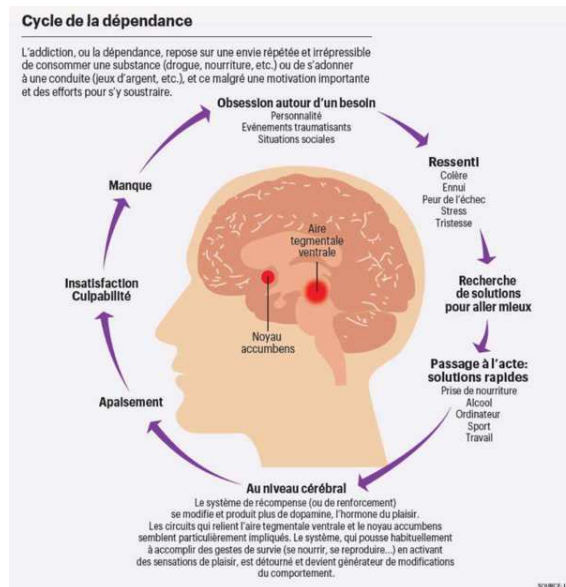


Figure 2 - Représentation du circuit de la récompense

Afin d'avoir une approche la plus complète possible il est indispensable d'aborder les multiples facteurs de risque d'entrée dans l'addiction.

C. Les facteurs de risque

L'entrée dans l'addiction résulte d'une combinaison de facteurs individuels, environnementaux et liés à la nature des substances ou comportements concernés. Aucun facteur n'agit isolément, mais leur interaction augmente la vulnérabilité d'un individu à développer une addiction.

1. Les facteurs individuels

Certains traits de caractères, tels que la recherche de sensations, l'impulsivité, la faible estime de soi ou une tendance à l'anxiété, sont associés à un risque d'addiction. Les personnes ayant des troubles psychiques (dépression, trouble anxieux, bipolarité, ...) sont également plus exposés.

Les événements traumatisants (deuil, rupture, maltraitance) et un début précoce de consommation constituent des facteurs de vulnérabilités.

2. Les facteurs environnementaux

L'éducation, les habitudes familiales, la présence de conflits ou de dysfonctionnement familiaux, ainsi que l'exposition précoce à des substances ou comportements à risques, constituent un facteur influençant la vulnérabilité aux conduites addictives. Le soutien social faible et l'isolement augmentent également le risque.

La pression du groupe, notamment dans l'adolescence ou dans des contextes festifs, favorise l'expérimentation et la répétition des consommations.

Certaines conditions de travail (stress, horaires atypiques, pression du supérieur hiérarchique, ...) peuvent favoriser le passage à l'acte et l'installation de l'addiction.

3. Les facteurs liés à la substance ou au comportement

Certaines substances ou comportements ont un potentiel addictif particulièrement élevé, favorisant une dépendance rapide et difficile à contrôler.

La facilité d'accès aux produits ou aux comportements à risque (alcool, tabac, écrans, jeux d'argent) augmentent la probabilité d'usages répétés et d'installation de l'addiction.

L'image attractive de l'alcool véhiculée par la publicité et les médias constitue un facteur de risque d'entrée dans l'addiction, en favorisant l'initiation et la répétition des consommations, surtout chez les jeunes. (Addictions · Inserm, La science pour la santé, n.d.)

Ce cadre théorique nous éclaire sur les nombreuses évolutions scientifiques qui ont permis une meilleure compréhension des mécanismes d'addictions.

Il convient désormais de s'intéresser plus précisément à l'Alcoolodépendance ou trouble de l'usage de l'alcool.

D. L'alcoolodépendance

1. Définition de l'alcool

L'alcool est une substance liquide d'origine naturelle (alcool éthylique) obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. L'alcool entre dans la composition des boissons alcoolisées, qui sont consommées pour leurs effets euphorisants et désinhibants. (OFDT, n.d.)

La législation française définit toutes boissons contenant plus de 1.2 degré d'alcool comme boisson alcoolisée.(Légifrance, n.d.)

L'éthanol, principal composant actif des boissons alcoolisées, est une substance psychoactive, tout comme le tabac ou certaines drogues illicites telles que le cannabis ou les méthamphétamines. Une substance psychoactive, ou psychotrope, agit sur le système nerveux central, en altérant les sensations, la perception, l'humeur, les émotions, la motricité, ou encore l'état de conscience. Une consommation régulière et prolongée d'alcool peut entraîner une dépendance, à la fois physique et psychique, ainsi que des effets néfastes importants sur la santé, pouvant conduire à une morbidité et une mortalité accrue.

2. Définition de l'alcoolodépendance

Le Docteur Pierre Fouquet, père fondateur de l'alcoologie française, vers 1950, définissait l'alcoolisme "comme une perte de liberté de s'abstenir à l'alcool" (Jovelin and Oreskovic, 2002)

Les caractéristiques principales de l'alcoolodépendance incluent :

- Une tolérance accrue à l'alcool, nécessitant des quantités croissantes pour obtenir l'effet désiré,
- L'apparition d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt ou de la diminution de la consommation,
- Une perte de contrôle sur la consommation, tant en termes de quantité que de fréquence,
- Une perturbation significative des activités sociales, professionnelles et personnelles due à la consommation d'alcool,
- La persistance de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre. (Les signes de l'alcoolodépendance, 2023.)

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'alcoolodépendance est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées est prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant importants chez une personne. En France on estime qu'environ 1,5 millions de personnes sont alcoolodépendantes. (Service Public d'Information en santé, 2024)

L'alcoolodépendance est une maladie évolutive, on distingue :

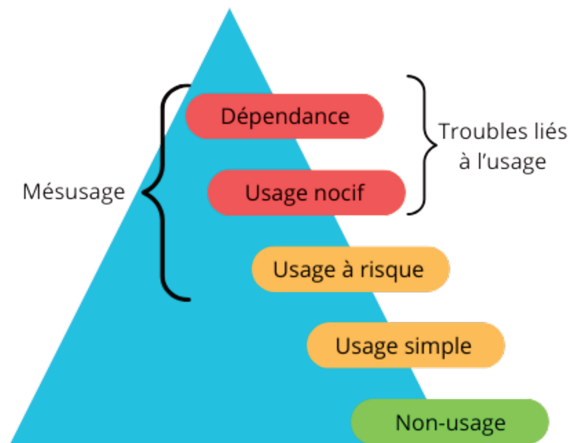


Figure 3 - Stade du trouble de l'usage

Stade de l'addiction ou du trouble de l'usage. (Pr. Benjamin Rolland, n.d.) (Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement, n.d.)

- le non-usage c'est à dire l'abstinence,
- L'usage simple : Consommation dans les normes de l'OMS, cette catégorie n'existe que pour l'alcool,
- L'usage à risque : Consommation au-dessus des seuils, en s'exposant à des dommages,
- L'usage nocif : Consommation avec des conséquences négatives sur le plan psychique ou social,
- L'usage avec la dépendance : Plus de maîtrise sur sa consommation, malgré ses répercussions négatives au quotidien.

3. État des lieux de la consommation d'alcool et des troubles de l'usage de l'alcool

La consommation d'alcool représente un enjeu de santé publique majeur en France où elle est à l'origine de 49000 décès par an. Il en est de même en Europe où elle est responsable de plus de 7% des maladies et décès prématurés.

L'article sur « la consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme » (Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n.d.) met en lumière une tendance à la baisse de la consommation d'alcool en France, à la fois en termes de volumes vendus et de fréquence de consommation. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de renforcement des politiques de santé publique, notamment avec la mise en place de la loi Évin en 1991, qui a marqué un tournant dans la régulation de la publicité et la prévention autour de l'alcool.

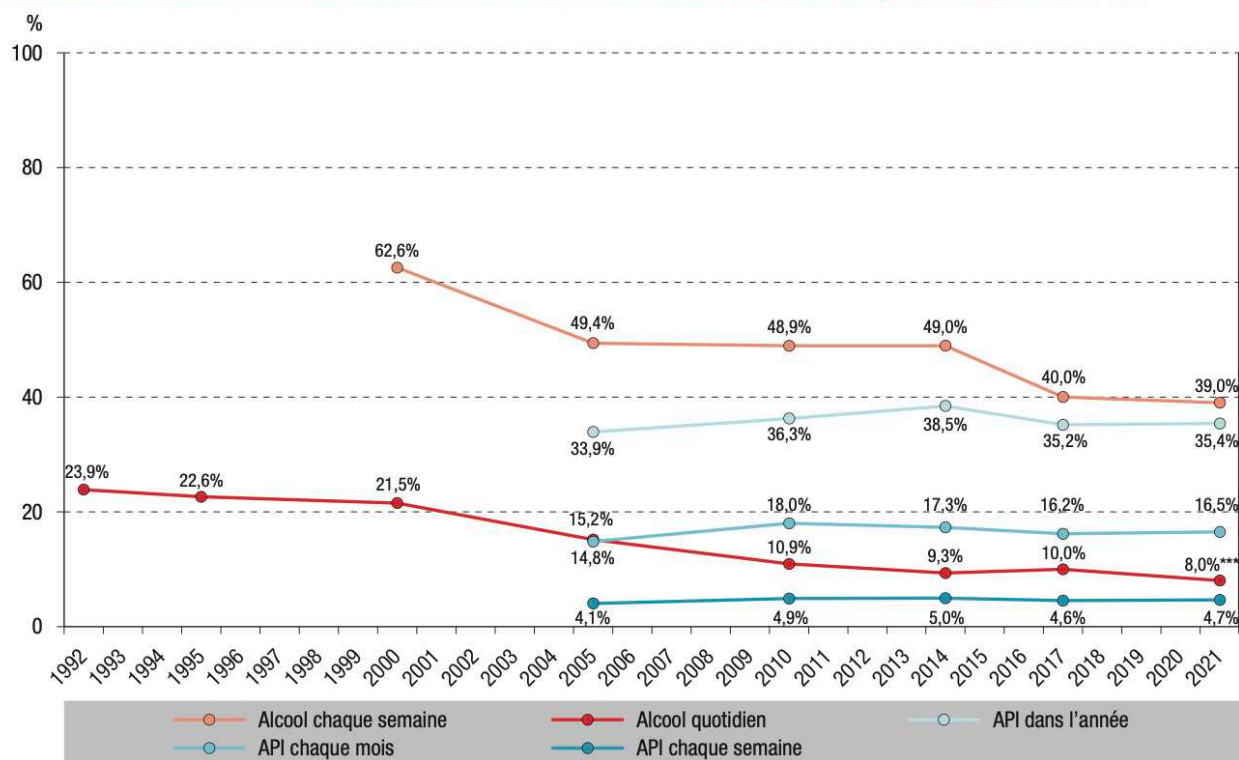
Malgré cette dynamique, 94,9 % des adultes déclarent avoir déjà consommé de l'alcool, bien que la consommation quotidienne ait significativement chuté : elle ne concerne plus que 8 % de la population en 2021, soit trois fois moins qu'il y a plusieurs décennies.

La consommation varie sensiblement selon les profils : les 10 % les plus consommateurs parmi les 18-75 ans représentent à eux seuls 54 % de l'alcool total consommé. Cette donnée souligne une concentration marquée de la consommation. Par ailleurs, un rapprochement des comportements entre les hommes et les femmes est observé, traduisant une évolution socioculturelle dans les usages.

Enfin, une difficulté persistante réside dans la capacité des individus à estimer leur consommation en "verres standards", ce qui limite l'évaluation précise des comportements à risque. (Andler, 2023)

Figure 1

Évolution des indicateurs de consommation d'alcool entre 1992 et 2021 en France hexagonale parmi les 18-75 ans



*** : p<0,001 (évolution significative entre 2017 et 2021).
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 4 - Graphique de l'évolution des consommations

Au-delà des effets indésirables sur la santé des usagers, il est un autre point particulièrement important à soulever qui est le coût engendré par la consommation excessive d'alcool pour la société.

En 2012, la DREES a estimé le coût des séjours hospitaliers liés à la consommation excessive d'alcool à 2,64 milliards d'euros. En 2010, elle estime le coût social de l'alcool à 120 milliards d'euros. (Travail et al., n.d.)

C'est pourquoi les politiques publiques en matière de consommation d'alcool visent un double objectif de prévention et de prise en charge.

E. La politique publique nationale

La France a lancé en mars 2023 la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 visant à structurer et coordonner les actions publiques en matière de prévention, de soin et de réduction des risques liés aux addictions.

Les objectifs principaux sont :

- Prévention & éducation : renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge pour éviter les comportements à risques,
- Protection des mineurs : Sensibiliser les familles et renforcer le respect des interdictions de vente de tabac, d'alcool et de jeux d'argents aux mineurs,
- Réduction des risques : Développer des dispositifs tels que les haltes soins addictions pour limiter les risques sanitaires & sociaux liés à la consommation de drogues...
- Coordination territoriale : Mettre en place des feuilles de route régionales et départementales pour adapter les actions aux spécificités locales et renforcer la coopération entre les acteurs public, associatifs et locaux.

F. La politique publique régionale

1. Le Projet Régional de Santé

Le PRS (Projet Régional de Santé) 2018-2028 des Hauts de France piloté par l'ARS (Agence Régionale de Santé) intègre la lutte contre les addictions comme une priorité de santé publique.

Cette priorité découle du diagnostic territorialisé des Hauts de France qui, s'il fait état d'une diminution de moitié de la mortalité en lien avec l'alcool depuis les années 80, témoigne également d'un taux de mortalité régional supérieur à celui de la France de 68% le différentiel étant encore plus notable chez les femmes de 91%. (Schéma Régional de Santé 2023-2028, n.d.)(ORS-Diagnostic territorialisé des HdF, n.d.)

Ainsi l'objectif général 5 du PRS s'intitule : Prévenir et agir face aux conduites addictives avec 2 objectifs opérationnels :

- Poursuivre le renforcement des Actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives et/ou à risques dont la réduction des risques et des dommages,
- Améliorer la reconnaissance de conduites addictives en tant que maladie, l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives.

2. Le financement de la lutte contre les addictions

Le Fond de Lutte contre les addictions (FLCA) créé en 2018 au sein de la caisse nationale d'assurance maladie, finance chaque année des projets pour un montant total de 120 millions d'euros.

Chaque année un appel à projet déclinant des objectifs stratégiques est lancé permettant la mise en œuvre d'initiatives locales répondant à des besoins spécifiques dans les bassins de vie. (Fonds de Lutte Contre les Addictions, 2018)

Enfin la répartition du FIR (Fonds d'intervention régional) 2024 fait état d'un budget de 17,3 milliards d'euros consacré à l'addictologie soit 3,2% du FIR. (Fonds d'interventions régional HdF, n.d.)

Pour mettre en œuvre son projet régional de santé dont la déclinaison stratégique est le schéma régional de santé, l'ARS va s'appuyer sur :

- Les professionnels de santé libéraux,
- Les structures et dispositifs de soins coordonnés (MSP, CPTS, DAC...)
- Les établissements médico-sociaux,
- Les établissements hospitaliers,
- Les structures associatives,
- Des patients experts, pairs, ...

La loi de modernisation du système de santé de 2016 précisée par la loi « Ma Santé 2022 » souligne l'importance de structurer le système de santé autour des parcours de soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies complexes et/ou chroniques. Elle vise à améliorer l'efficacité économique et sanitaire en réorganisant la coordination des soins entre les divers professionnels et établissements de santé (médicaux, médico-sociaux, hospitaliers ou de ville, médecins et paramédicaux). Le rôle des soins de premier recours (soins primaires) devient central, notamment avec la relance du DMP (Dossier Médical Partagé).

L'ARS est chargée de piloter ces transformations en s'appuyant sur des dispositifs tels que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Équipes de Soins Primaires (ESP), développés selon une logique d'autonomie locale entre professionnels, dans le cadre du projet régional de santé et des contrats territoriaux.

(LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016) (DGS_Laetitia.B et al., n.d.) (Aissou et al., 2020)

G. Les CPTS

Les CPTS constituent des réseaux de soignants de toute discipline choisissant de travailler ensemble au sein d'un même bassin de population. Ainsi parce qu'elles fédèrent des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voir sociaux) et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et une meilleure structuration des parcours de santé des patients et résidents.

Les CPTS ont 4 missions obligatoires et 2 missions optionnelles : (Travail et al., 2024)

- Faciliter l'accès aux soins,
- Organiser les parcours de soins pour améliorer la prise en charge des patients,
- Développer des actions de prévention et de dépistage,
- Améliorer la qualité et la pertinence des soins,
- Accompagnement des professionnels de santé,
- Participer à la gestion de crise sanitaire.

Les professionnels de santé libéraux adhèrent sur la base du volontariat, cette adhésion leur permet de participer à l'organisation des soins sur le territoire.

Les CPTS bénéficient d'un financement encadré par un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), un contrat tripartite entre la CPTS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Cet accord précise les modalités de financement ainsi que les objectifs et indicateurs que la CPTS doit atteindre sur une année.

Sur le plan juridique, la plupart des CPTS adoptent la forme associative régie par la loi 1901. Cette structure leur permet de disposer d'une gouvernance ; organisée autour d'un bureau et d'un conseil d'administration composés de membres élus. Cette organisation assure la représentation des professionnels de santé. (APMSL, n.d.)

Les adhérents à la CPTS vont mettre en commun leurs expériences et leurs méthodes individuelles pour construire un parcours coordonné.

H. État des lieux de la prévention et de la prise en charge

Avant d'aborder l'état des lieux de la prévention et de la prise en charge il est indispensable de rappeler qu'il est nécessaire que les professionnels de santé médico-sociaux et sociaux aient accès à une offre de formation afin d'appréhender les multiples facettes du mésusage de l'alcool, d'être à même d'utiliser des outils standardisés d'évaluation et de maintenir des connaissances actualisées au regard des évolutions des apports scientifiques sur la connaissance du trouble lié aux usages de l'alcool.

1. Repérer tous les usages

Il est admis que l'alcool constitue un risque pour toutes les dimensions de la personne et à tout âge.

Il faut que l'alcool soit un sujet de santé à part entière et qu'il s'intègre dans les questions de vie courante en consultation au même titre que l'alimentation, le sommeil.

Ainsi l'usage de l'alcool devrait être abordé avec toutes les personnes et tout au long de la vie dans le cadre d'une évaluation globale et de suivi de l'état de santé même en l'absence de signe d'alerte.

L'accompagnement peut démarrer par une question simple « consommez-vous de l'alcool ? » qui permet au patient de savoir que l'espace d'échange est ouvert selon ses besoins et ses priorités.

2. Les outils de repérage standardisés et les recommandations de bonnes pratiques.

- Nous pouvons citer les recommandations pour la pratique clinique du 9 février 2015 actualisés en juin 2023 intitulé « Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement » Les propositions ont été signée par la SFA (Société Française d'Addictologie), l'EUFAS (european federation of addiction societies) et l'Association Addictions France suite à un travail mené par différents groupes réunissant des représentants de sociétés savantes des professionnels de santé et des associations. (Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement, n.d.)

- Nous pouvons également préciser que de nombreux outils sont mis à disposition des professionnels de santé via par exemple :
 - Le Collège de la Médecine Générale (CMG) met à disposition des Kits addictions avec des fiches pratiques.
 - Le site internet Intervenir addictions propose des informations vérifiées et des actualités et formations sur la thématique des addictions.
 - La MILDECA et l'EHESP proposent une plateforme de formation en ligne « les conduites addictives une question de société ».

a) Les outils de dépistage en soins primaires

Les professionnels de santé en soins primaires ont à leurs dispositions plusieurs outils de dépistages. (Où en êtes-vous avec vos consommations ?)

Dans les outils disponibles nous pouvons retrouver :

- Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ce questionnaire est une référence qui permet d'évaluer la consommation alcoolisée des patients. Ces questions portent sur les douze mois précédents le test. En 2001, la Société Française d'Alcoologie définit l'interprétation de ce questionnaire comme suit :
 - Un score supérieur à 8 chez l'homme et 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool,
 - Un score supérieur à 12 chez l'Homme et 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool. (VIDAL, 2023a). (Annexe 1)

- Le questionnaire CAGE-DETA (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), le sigle DETA signifie D pour diminuer, E pour entourage, T comme trop, A comme alcool. Chaque terme correspond à une question. (Annexe 3)
 - 1 seule réponse positive : la consommation semble occasionnelle et modérée.
 - 2 réponses positives ou plus : la consommation est excessive, il faut réduire la consommation avant de développer un alcoolisme chronique. Il faut conseiller au patient de consulter un spécialiste de l'alcool. (Questionnaire-CAGE-DETA, n.d.) (Annexe 2)

- Le questionnaire FACE (formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien), a été développé dans le cadre de la stratégie de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) pour détecter les consommations à risques en soins de premiers recours. Il permet d'aborder la consommation de manière non stigmatisante et facilite le dialogue avec le patient. (Rapport d'élaboration - HAS, n.d.) (Annexe 3)

Les praticiens peuvent également se servir des marqueurs biologiques suivants :

- Le volume globulaire moyen : En cas de consommation excessive et prolongée, il est augmenté,
- Les Gamma GT (γ -GT) : Enzyme présente dans le sang, principalement produite par le foie et les voies biliaires. Des taux supérieurs à deux fois les normales sont fréquentes chez les consommateurs d'alcool. La modification de ces taux apparaît après 2 à 3 semaines de consommation quotidienne. Lors d'un sevrage le taux de γ -GT diminue de 50% en 2 à 3 semaines. (Kbaier, 2016)
- La CDT (transferrine carboxy-déficiente), marqueur biologique utilisé principalement pour évaluer la consommation excessive d'alcool. C'est une protéine produite par le foie et son taux dans le sang peut être modifié par une consommation d'alcool. (Laboratoire B2A, n.d.)

Il peut être intéressant d'ajouter d'autres tests une fois établi le mésusage de l'alcool pour mesurer plus précisément le retentissement global dans les dimensions neuropsychologiques et les habilités sociales.

Nous pouvons citer à cet effet :

- BEARNI • Le test (Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment), outil de dépistage des troubles cognitifs fréquemment observés chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Il évalue les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, la mémoire de travail, les capacités visuo-spatiales, ainsi que l'équilibre. (recommandations-BEARNI.pdf, n.d.)(Annexe 4)

Enfin au décours des face à face entre le patient et le professionnel de santé il sera important d'établir l'anamnèse et établir les éléments du parcours de vie qui peuvent avoir conduit à l'entrée dans l'addiction. La compréhension de cet ensemble par le patient lui-même permettra une meilleure adhésion au programme de soins et le rendra acteur de son évolution vers le changement.

Ce qui nous amène à la poursuite de la prise en soins avec les interventions brèves et l'entretien motivationnel.

3. Intervention brève et entretien

Tout comme précédemment, pratiquer l'intervention brève et l'entretien motivationnel nécessite que les professionnels de santé aient été formé à cette pratique.

a) Intervention brève

Elle vise à prendre en charge à un stade précoce les personnes ayant des problèmes de consommation de substances ou des comportements problématiques en les sensibilisant aux effets nocifs, en les motivant à modifier leur comportement et à chercher de l'aide. En pratique, l'intervention brève se compose d'un nombre limité d'entretiens de courte durée et basés sur le concept d'entretien motivationnel. (Infodrog, n.d.)

L'efficacité de l'intervention brève a été solidement étayée par de nombreuses études et Meta analyses la dernière en 2007 selon la méthodologie Cochrane. (Intervention brève en addictologie, n.d.).

Chez les sujets ayant une consommation excessive sans dépendance l'intervention brève entraîne une réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, une diminution de la proportion de consommateurs excessifs, une diminution de la fréquence des absorptions aiguës massives et de l'existence de problèmes somatiques liées à l'alcool.

La durée de l'effet de l'intervention brève est bien argumentée pour une période allant de 3 à 9 mois, et certaines études suggèrent un maintien de ses bénéfices jusqu'à 24 mois.

(Intervention brève en addictologie, n.d.)

L'intervention brève en pratique

La durée de l'intervention brève est en général de 5 à 20 minutes.

Le professionnel de santé après avoir évalué la consommation d'alcool et les éventuelles conséquences somatiques va pouvoir communiquer des informations sur les risques et proposer des objectifs de modération que le patient pourra s'approprier.

Le soignant pourra proposer au patient d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 son envie de diminuer sa consommation.

La pratique de l'intervention brève nécessite d'être structurée, les anglo-saxons utilisent l'acronyme FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu strategies, Empathy, Self efficacy. Traduit en français par REAGIR (Repérer, Empathie, Avis, Gestion, Influence positive, Responsabiliser). (Intervention brève en addictologie, n.d.)

Cette démarche soignante est basée sur les principes de l'entretien motivationnel qui favorise la prise de conscience progressive du malade vis-à-vis des avantages qu'il aurait personnellement à changer son comportement.

Le principal risque serait de proposer de manière directive une attitude au patient. Il faut respecter le rythme du patient afin qu'il choisisse personnellement son chemin.

b) L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel a été introduit pour la première fois en 1983 par Miller dans un article concernant le traitement des alcoolodépendants « Motivational interviewing with problem drinkers » (Miller, 1983)

Miller et Rollnick définissent l'entretien motivationnel comme étant « une méthode directive centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. (Miller, W. R., & Rollnick, 2002)

L'ambivalence se définit comme l'existence de sentiments, d'attitudes contradictoires qui entraînent une situation d'indécision, le patient est partagé entre l'idée d'arrêter l'alcool en raison des inconvénients et la nécessité de maintenir ce comportement lié aux avantages. (Miller, W. R., & Rollnick, 2002)

Cette méthode de l'entretien motivationnel va donc reposer sur la motivation du patient à vouloir changer sa situation. La motivation peut donc se définir de manière simplifiée par le fait d'être prêt au changement. C'est autant le message que transmet le soignant que la façon dont il conduit l'entretien qui influence la manière dont le patient accueille l'idée de changer son comportement, ce qu'il exprime à ce sujet ainsi que son éventuelle résistance. Il convient pour le soignant d'abandonner l'attitude de persuasion directe longtemps légitimée par la position d'expert, du sachant, lié à sa fonction pour éviter au maximum les réactions de résistance de la personne dépendante.

L'approche motivationnelle fait écho à d'autres concepts tels que :

→ **Le modèle transthéorique de Prochaska & Di Clemente**

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente est pertinent dans le cadre de l'alcool-dépendance car il décrit les étapes suivantes : (Lançon, 2013)

- **La pré-contemplation** : Le patient n'a pas encore conscience de l'importance et des bénéfices que peuvent lui apporter des changements de comportement. On travaille plutôt sur la prévention des risques.
- **Contemplation** : Le patient a conscience du problème mais ne veut pas changer, il y a une ambivalence. Le changement lui fait peur, on fixe des objectifs à court terme.
- **Préparation** : Le patient a le désir de changer, il planifie son objectif de soin. On identifie avec lui les personnes ressources.
- **Action** : Le patient s'engage dans le changement de comportement, des encouragements sont essentiels pour la réussite du passage à l'action.
- **Maintien** : Le patient a réussi à consolider son changement.
- **Rechute** : Partie considérée comme normale dans le processus de changement, ce temps peut être nécessaire à la réussite finale. Ce n'est pas un retour à la case départ, il s'agit plutôt d'une occasion d'encourager le patient à se réengager à nouveau.
- **Sortie permanente** : étape de réussite finale, le patient continue de maintenir son abstinence.

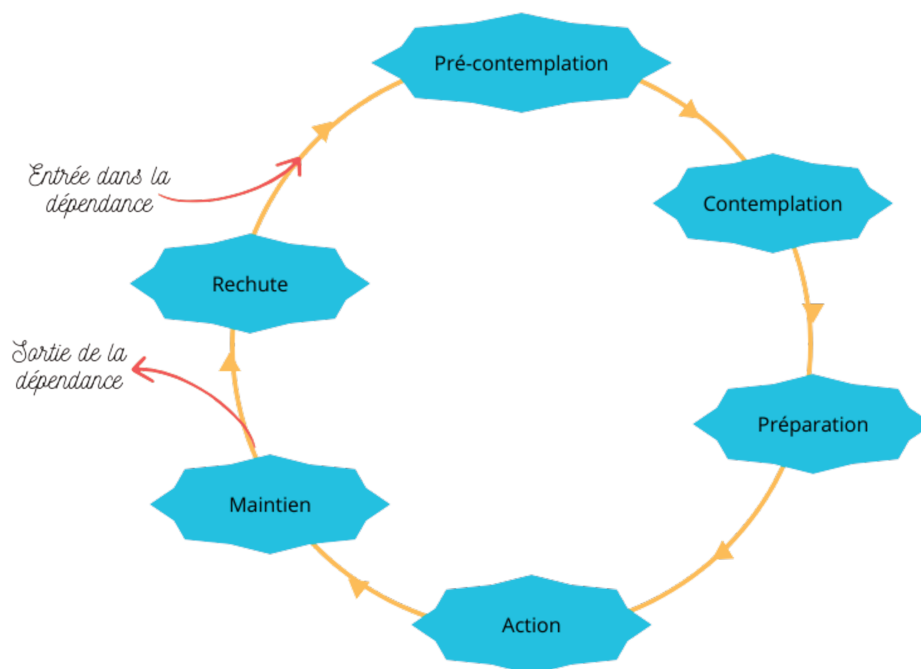


Figure 5 - Cercle de Prochaska & Di Clemente

Ce modèle souligne l'importance d'adapter son intervention en fonction du stade dans lequel le patient se situe. Grâce à ce modèle on reconnaît que la rechute fait partie intégrante du processus de changement et de rétablissement. Le repérage du stade du patient permet une prise en soin plus efficace de son alcoolodépendance. (Intervenir Addictions, n.d.)

→ La balance décisionnelle de Janis & Mann

Janis et Mann tous deux psychologues ont eu les premiers l'idée de décrire une méthode d'aide à la prise de décision en utilisant l'image d'une balance. (Levavasseur, 2004)



Figure 6 - Balance décisionnel de Janis & Mann

D'un côté de la balance pèsent les éléments en faveur du statu quo et de l'autre les éléments en faveur du changement. Il est aisé de matérialiser en dessinant cette balance en entretien avec le patient.

L'entretien motivationnel se découpe en 2 étapes :

- Favoriser l'émergence de la motivation au changement chez le patient,
- Renforcer son engagement et l'accompagner dans la mise en œuvre concrète du changement.

L'attitude du soignant doit associer :

- L'écoute réflexive qui est une méthode d'écoute active ou l'on reformule ou reflète ce que le patient dit ou ressent. On écoute sans interrompre, on ne juge pas, on n'interprète pas. Cette écoute va permettre de créer une relation de confiance avec le patient,

- Les questions ouvertes qui vont permettre de faire apparaître les préoccupations du patient. (exemple : qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation ? Comment aimeriez-vous voir évoluer votre situation ?),
- Le renforcement, le soignant va valoriser la démarche du patient ce qui va renforcer la relation de confiance et permettre au patient de se sentir compris,
- Le résumé, le soignant va résumer l'entretien en mettant en avant les éléments de motivations exprimés par le patient afin qu'ils s'ancrent dans son cheminement.

Il s'agit d'être « à côté » de celui qui se décide à remettre en cause ses comportements, le soignant lui offre sa disponibilité.

Il peut apparaître au cours de ces entretiens motivationnels la volonté :

- D'une réduction de la consommation pour les utilisateurs non dépendants.
- D'un sevrage pour les patients présentant une dépendance et qui entrent dans les critères diagnostiques des troubles de l'usage de l'alcool tels que définis précédemment.

4. Le sevrage

A la vue de tout ce qui a été décrit précédemment la décision du sevrage pour le patient alcoolodépendant arrive à un moment de son cheminement personnel, lorsqu'il a trouvé les éléments motivants nécessaires à cette décision de changement.

Le sevrage n'est jamais une urgence (en dehors des cas d'hospitalisation pour un problème de santé concomitant, qui n'est pas l'objet de ce travail.).

Il existe essentiellement 2 types de sevrage de l'alcoolodépendance ; le sevrage ambulatoire et le sevrage en hospitalisation complète.

Le choix du mode de sevrage va dépendre de tous les éléments d'anamnèse recueillis lors des face à face entre le soignant et le patient.

Le bilan global et complet est indispensable afin de connaître les ressources du patient (situation bio-psycho-sociale) et d'évaluer les comorbidités.

Ce bilan permettra de proposer au patient le mode de sevrage le plus approprié sans oublier que le sevrage n'est pas le traitement de l'alcoolodépendance il n'est qu'un maillon de la prise en soin qui permettra au patient de se libérer de l'impossibilité de stopper sa consommation, de reprendre le contrôle.

a) Le sevrage ambulatoire

Le sevrage ambulatoire nécessite une préparation solide, un encadrement pluriprofessionnel adapté, une réflexion anticipée sur le calendrier du sevrage.

→ La préparation

Comme vu précédemment, le sevrage ambulatoire ne pourra pas être proposé à tous les patients. Un sevrage ambulatoire mal préparé pourrait rapidement mettre le patient en situation d'échec, voir en situation de danger. Le premier danger du sevrage d'alcool étant l'apparition d'un Délirium Tremens qui est une complication neurologique grave du sevrage alcoolique se manifestant par un état confusionnel aigu, des hallucinations (souvent visuelles), une agitation psychomotrice, une désorientation, une fièvre, une tachycardie, et des tremblements intenses qui, s'il n'est pas pris en soins rapidement peut engager le pronostic vital du patient.

Lors du sevrage les professionnels de santé ont à leur disposition le score de Cushman (échelle recommandée par le référentiel de bonnes pratiques cliniques de la société française d'alcoologie) pour évaluer la gravité et mesurer l'évolution du sevrage. (RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf, n.d.)

Points	0	1	2	3
Pouls (batt./min)	< 80	81-100	101-120	120
PA systolique (mmHg)	< 135	136-145	146-155	> 155
FR (cycles/min)	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	De tout le membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes + front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée contrôlable	Généralisée incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Total	Conduite à tenir
0-7	Calcul du score toutes les 6 heures pendant 48 heures Hydratation et vitaminothérapie
8-14	Valium® 10 mg PO : 4 à 12 cp par jour Sauter la prise quand le patient dort Hydratation et vitaminothérapie
≥ 15	Réanimation

Figure 7 - Échelle de Cushman (Score de Cushman.pdf, n.d.)

→ La disponibilité de l'équipe de soins primaires

Avant de proposer le sevrage ambulatoire à un patient, il faut s'assurer de la disponibilité de l'équipe qui va assurer sa prise en soin. Le sevrage ambulatoire devra s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés éventuellement complétée par des bénévoles d'associations partenaires, de pair-aidants et en étroite concertation avec l'étayage personnel du patient.

Chacun devant (à son niveau de compétences) avoir une bonne compréhension du programme de soin établi. Le patient étant l'acteur central de cette équipe, il faudra s'assurer de sa compliance et de sa compréhension de son plan de soin.

→ Le moment du sevrage

Il doit être bien réfléchi avec le patient, son entourage et l'équipe assurant le suivi. Choisir un moment propice au regard de la vie du patient.

Exemple : Ne pas choisir une période où le patient serait rappelé par des obligations professionnelles incompressibles. Il est nécessaire que le patient puisse être en arrêt maladie pendant la période de sevrage.

Choisir un moment propice au regard de la disponibilité de l'équipe :

- Le médecin généraliste doit être disponible et joignable pendant toute la période de sevrage.
- Les infirmières libérales doivent pouvoir anticiper la prise en soin particulière en termes de temps passé notamment pour la dimension psychologique de l'accompagnement.

Enfin il est nécessaire d'avoir préparé les voies de recours en cas de complications du sevrage.

Certains patients sont d'emblée exclus d'une possibilité de sevrage à domicile :

- Les patients aux comorbidités psychiatriques, le sevrage présentant un risque de décompensations,
- Les patients aux antécédents de Délirium Tremens,
- Les patients isolés ou en situation de précarité,
- Les femmes enceintes (l'accident de sevrage ferait prendre un double risque à la mère et à l'enfant).
- Les patients à un stade avancé des maladies hépatiques associés à la consommation chronique d'alcool (cirrhose, ascite, ...).

b) Le sevrage en hospitalisation complète

Le sevrage en hospitalisation complète fait partie des solutions qui peuvent être proposées au patient alcoolodépendant.

Il sera proposé en 1^{ère} intention aux patients pour lesquels le sevrage ambulatoire est contre indiqué, aux patients qui ont déjà effectués un ou plusieurs sevrages à domicile s'étant rapidement soldé par un échec et dans tous les cas aux patients qui refusent le sevrage ambulatoire.

Parmi les indications de l'hospitalisation complète nous pouvons citer :

- Les antécédents de delirium tremens ou crise convulsive lors d'un précédent sevrage,
- Les troubles psychiatriques sévères,
- Les polyaddictions (hors tabac),
- Les patients en isolement social, en grande précarité.

Tout comme le sevrage ambulatoire, le sevrage en milieu hospitalier repose sur une prise en soin multidimensionnelle, bio-psycho-sociale et s'appuie sur des équipes de soins pluriprofessionnelles.

La durée du sevrage clinique varie en fonction des patients et de leurs comorbidités mais dure en moyenne de 7 à 14 jours, quant à l'hospitalisation elle dure en moyenne de 4 à 5 semaines. Le temps d'hospitalisation offre un temps et un espace protégé, mais l'accent sera mis sur la préparation à la sortie, parce que la relation à l'alcool est l'affaire d'une vie entière. Chaque personne alcoolique représente une équation complexe, le plan de soin personnalisé devra décliner les stratégies possibles pour l'aider dans la résolution des termes de cette équation.

Que le sevrage ait lieu en ambulatoire ou en hospitalisation complète, il ne constitue qu'une étape dans le parcours de soins de la personne alcoolodépendante.

L'objectif du sevrage est bien sur l'obtention de l'abstinence, mais l'enjeu ensuite est le maintien de cette abstinence mais aussi et souvent de prendre en compte et d'accompagner les patients lors des rechutes qui sont très fréquentes dans les semaines ou mois suivant. (Protocoles de soins ELSA pdf, n.d.)(Le sevrage au cours d'une hospitalisation dans le service d'addictologie, n.d.)

5. Le suivi post-sevrage

Le suivi post sevrage reste une étape déterminante dans la prise en soins de l'alcoolodépendance.

Si certains patients se voient proposer un séjour en soins de suite et de réadaptation en addictologie, ou en hospitalisation de jour d'addictologie, la plupart des patients vont bénéficier d'un suivi en externe.

Comme il était essentiel que l'entrée en sevrage soit bien préparée, il en est de même pour le suivi post sevrage.

Il nécessite un engagement fort de la part du patient pour adhérer à ce programme de suivi. A la suite du sevrage, le patient va poursuivre son cheminement pour retrouver les ressources physiques et mentales pour récupérer sa qualité de vie, sa dignité, une vie sociale et professionnelle.

N'oublions pas que l'alcoolodépendance reste un sujet tabou et que les patients sont également confrontés au regard que porte sur eux, leurs proches, leurs collègues de travail et plus largement la société en général.

A nouveau la prise en soins va s'articuler autour du patient et avec l'aide de l'équipe pluriprofessionnelle. Selon les territoires, la prise en charge sera centralisée par le CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou par le médecin traitant. Lors des consultations les professionnels disposent de différents outils d'évaluation.

Pour cela des outils existent pour évaluer les thématiques suivantes :

- Craving, (Le besoin irrésistible de consommer une substance ou de répéter un comportement à l'égard desquels par ses expériences antérieures le sujet s'est placé en état de dépendance)(Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, n.d.),
- La qualité du sommeil,
- Le risque suicidaire, de l'humeur et de l'anxiété.

Après un sevrage à l'alcool, le Craving est un élément nécessaire à surveiller.

- L'échelle EVA (Échelle Visuelle Analogique) Cette échelle permet au patient d'identifier sur une échelle de 1 à 10 l'intensité de son envie de reconsommer. L'échelle EVA n'est pas spécifiquement conçue pour mesurer l'envie de reconsommer de l'alcool. Elle est principalement utilisée pour évaluer l'intensité de la douleur. Cependant cette échelle peut être adaptée pour mesurer le craving. (Annexe 5)

- L'échelle ETIAM (Échelle temporelle d'intensité de l'appétence, moyenne de 7 jours) Cet outil de mesure donne la possibilité d'évaluer les changements dans le désir de consommer sur une période hebdomadaire. Il prend en considération les multiples facettes de l'envie, incluant les composantes physiques, mentales et comportementales, ainsi que leur répartition au fil de la journée. (Annexe 6)
- Échelle OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale), c'est une échelle d'auto-évaluation fonctionnant par question pour mesurer l'appétence à l'alcool et le craving. Ce questionnaire est divisé en 2 sous catégories : Pensées obsédantes et Envies compulsives (Annexe 7)

Concernant l'évaluation du risque suicidaire, de l'humeur et de l'anxiété

- L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) permettent d'évaluer les aspects de l'humeur et de l'anxiété à travers 14 questions, et elle est en premier lieu utilisée pour accompagner l'arrêt de la consommation du tabac, tout en étant également applicable pour repérer les troubles anxio-dépressifs liés à la consommation d'alcool. (Annexe 8)
- L'échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) est un outil qui a été développé par des chercheurs de l'université « New York State Psychiatric Institute ». Cet outil permet d'évaluer le risque suicidaire sous forme de continuum, allant du souhait d'être mort jusqu'aux idées suicidaires avec un plan précis, une intention de passage à l'acte. (C-SSRS, n.d.) (Annexe 9)

Cependant même si le patient adhère à son programme de soin, et que le suivi a été minutieusement préparé, il arrive fréquemment que le patient rechute. « Apprendre à vivre sans alcool, c'est apprendre à vivre sans un « vieux copain de galère », ce copain à qui on fait appel quand on cherche une solution pour oublier, un copain qui nous a fait de belles promesses ...» (Marianne, 2024)

Il arrive également que le patient soit immédiatement perdu de vue après son sevrage et qu'il ne poursuive pas son plan de soin. Parmi ceux-ci rares sont ceux qui maintiennent leur abstinence.

6. La rechute

La rechute peut être définie par la reprise de la consommation après une phase d'abstinence. La rechute n'est pas un échec et il est essentiel que ce message soit entendu par le patient mais également par son entourage.

Si nous reprenons le modèle transthéorique du changement de Prochaska & Di Clemente, la rechute fait partie intégrante du processus de changement et de rétablissement.

Modèle transthéorique de la disposition au changement de Prochaska et Di Clemente

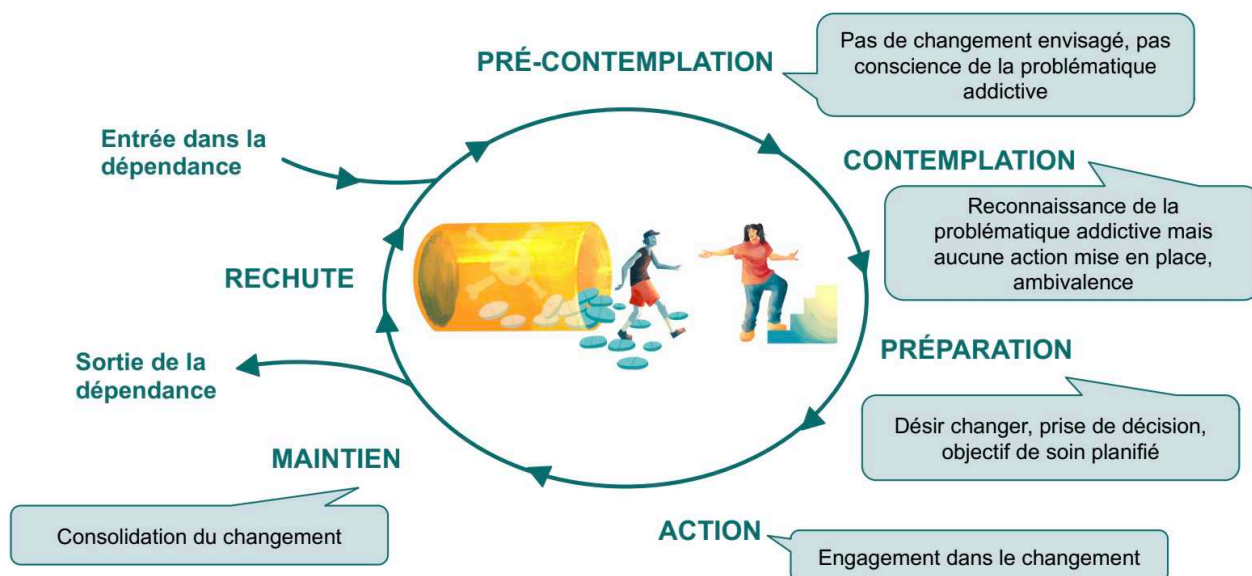


Figure 8 - Cercle de Prochaska & Di Clemente (Famille et couple face à l'addiction Clara De Grootte, n.d.)

Suivant le modèle de rechute de Marlatt & Gordon, il faut différencier les rechutes brèves ou accidents de parcours des rechutes durables. Les premières, souvent appelées «lapsus», sont des écarts momentanés qui ne remettent pas nécessairement en cause le processus global de changement. Elles peuvent être intégrées à la démarche de rétablissement comme des occasions d'apprentissage. En revanche, les rechutes durables traduisent un retour prolongé au comportement problématique, souvent associé à une perte de motivation, un sentiment d'échec ou à des facteurs déclenchants non gérés. Cette distinction est essentielle pour adapter l'accompagnement thérapeutique et prévenir l'effet dit de la « violation de l'abstinence », où la culpabilité liée à un lapsus peut entraîner une rechute complète. (Hendershot et al., 2011)

Prévention de la rechute: modèle initial (Marlatt, 1985)

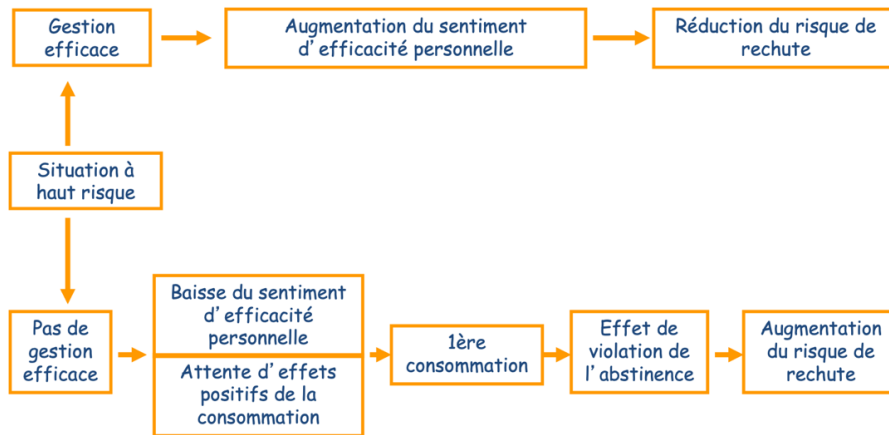


Figure 9 - Modèle de la rechute de Marlatt (Modeles_cognitivo-comportementaux, n.d.)

La recherche montre que le craving est un marqueur spécifique et un facteur prédictif de la rechute (Auriacombe, n.d.)

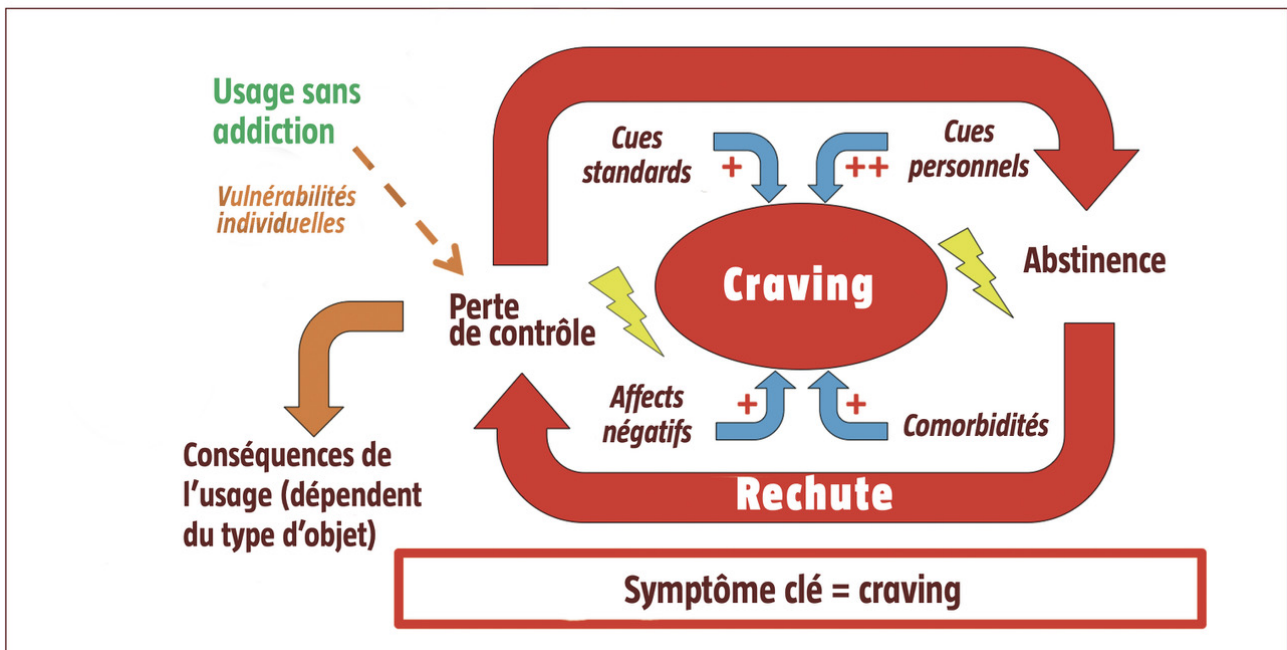


Figure 10 - Modèles cues-craving-rechute

« Le craving est une expérience psychologique d'intrusion d'un désir étranger qui contraint à faire contre la volonté »

Contrairement aux manifestations du sevrage qui se résorbent rapidement, le craving persiste des années malgré l'interruption de l'usage de la substance et prédit fortement la rechute. (Auriacombe, n.d.)

Permettre au patient de comprendre ce mécanisme et l'outiller pour lui faire face va être un point central de la prise en soins.

IV. Expérience professionnelle

Depuis deux ans, je suis en contrat de professionnalisation au sein de la CPTS Beaumont Artois. Cette CPTS est née de la volonté de professionnels de santé libéraux de se regrouper pour améliorer le parcours de santé des patients en répondant aux nouveaux défis liés à la baisse de la démographie médicale mais aussi à des problématiques majeures en santé publique.

La CPTS Beaumont Artois fait partie du territoire de démocratie sanitaire (TDS) du pas de calais. Le TDS a les indicateurs sociaux les moins favorables de la région après ceux du Hainaut, et le territoire de proximité Lens-Hénin a la plus faible espérance de vie chez les Hommes et la 2^{ème} plus faible chez les Femmes (Portrait socio-sanitaire - Hauts-de-France, n.d.)

La CPTS Beaumont Artois est sur la zone de proximité « Artois-Douaisis » définie par l'ARS qui compte 374701 habitants. (Territoires de santé Nord Pas de Calais, n.d.)

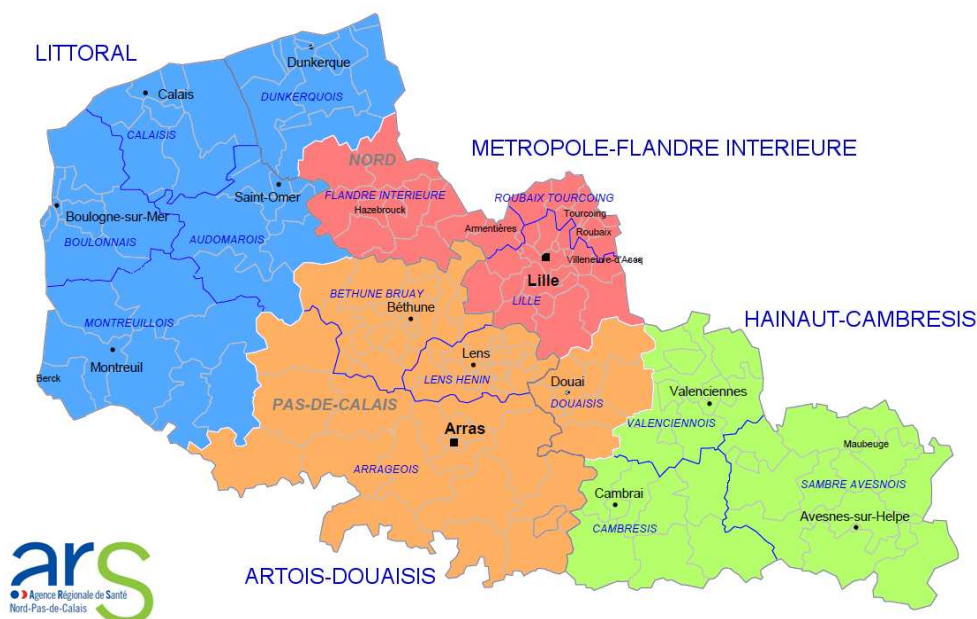


Figure 11 - Carte des zones de proximité

1. Les addictions sur le territoire d'animation en santé Artois-Douaisis

Parmi les problématiques de santé publique identifiées sur le territoire Artois-Douaisis, les conduites addictives chez les jeunes, en particulier la consommation d'alcool, constituent un indicateur important. D'après les données du territoire d'animation en santé (TAS) Artois-Douaisis, la part d'élèves de sixième déclarant avoir déjà bu de l'alcool est la plus faible de la région : 13,9 %, contre un maximum régional de 35,4 %.

Cependant, ces résultats encourageants chez les jeunes contrastent avec la situation des adultes sur le territoire. En effet, le TAS Artois-Douaisis présente une forte mortalité liée à la consommation d'alcool, avec une surmortalité de +90 % par rapport à la moyenne nationale, atteignant +113 % chez les femmes et +84 % chez les hommes (période 2011–2017). (2022_TASArtoisDouaisis_HautsDeFrance.pdf, n.d.)

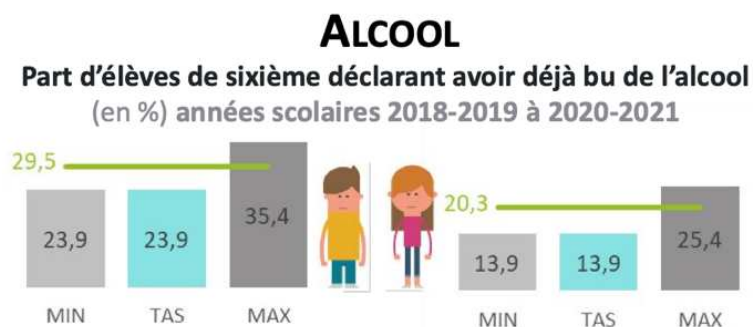


Figure 12 - Part d'élèves de sixième déclarant avoir déjà bu de l'alcool

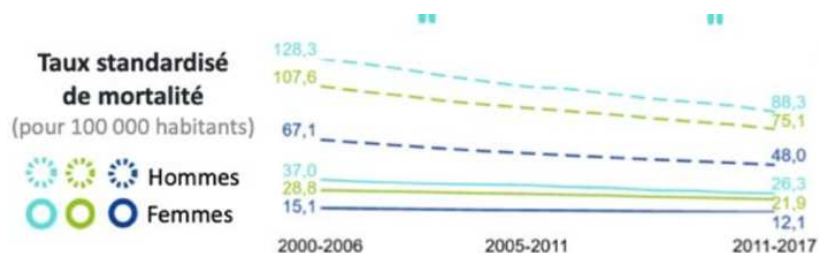


Figure 13 - Taux standardisé de mortalité



Figure 14 - Légende des représentations graphiques

2. Le projet de santé de la CPTS Beaumont Artois

Lors de la rédaction du projet de santé de la CPTS, les professionnels de santé ont identifié une problématique majeure liée aux addictions sur le territoire. En effet, les indicateurs de santé montrent une surmortalité importante liée au tabac et à l'alcool, avec un indice comparatif de mortalité pour le tabac de 137,4 contre 119,3 au niveau des Hauts de France, et de 215,2 pour l'alcool contre 165,7 au niveau régional.

Face à ce contexte, la CPTS a choisi de structurer un parcours de soins dédié aux patients présentant des addictions, sans distinction d'âge ou de type de dépendance. L'objectif est double : améliorer le repérage précoce et renforcer la prise en charge globale, tout en fluidifiant la coordination entre les professionnels du territoire.

Le parcours « addictions » s'est construit progressivement, en s'appuyant sur les retours d'expérience des professionnels et l'évolution des besoins du territoire. Un questionnaire a été diffusé afin d'identifier les pratiques, les besoins et les attentes des professionnels de santé. Il a recueilli 42 réponses et comportait les questions suivantes : (Annexe10)

- Quelle est votre profession ?
- Rencontrez-vous des patients ayant des problématiques addictives ?
- Abordez-vous ces problématiques avec eux ?
- Connaissez-vous les professionnels de santé ou ressources du territoire vers lesquels orienter ?
- Prenez-vous en charge vous-même des patients souffrant d'addictions ?
- Souhaitez-vous développer vos compétences sur ces problématiques ?
- Souhaitez-vous intégrer un groupe de travail afin d'améliorer la prise en charge du parcours de soins sur le territoire ?

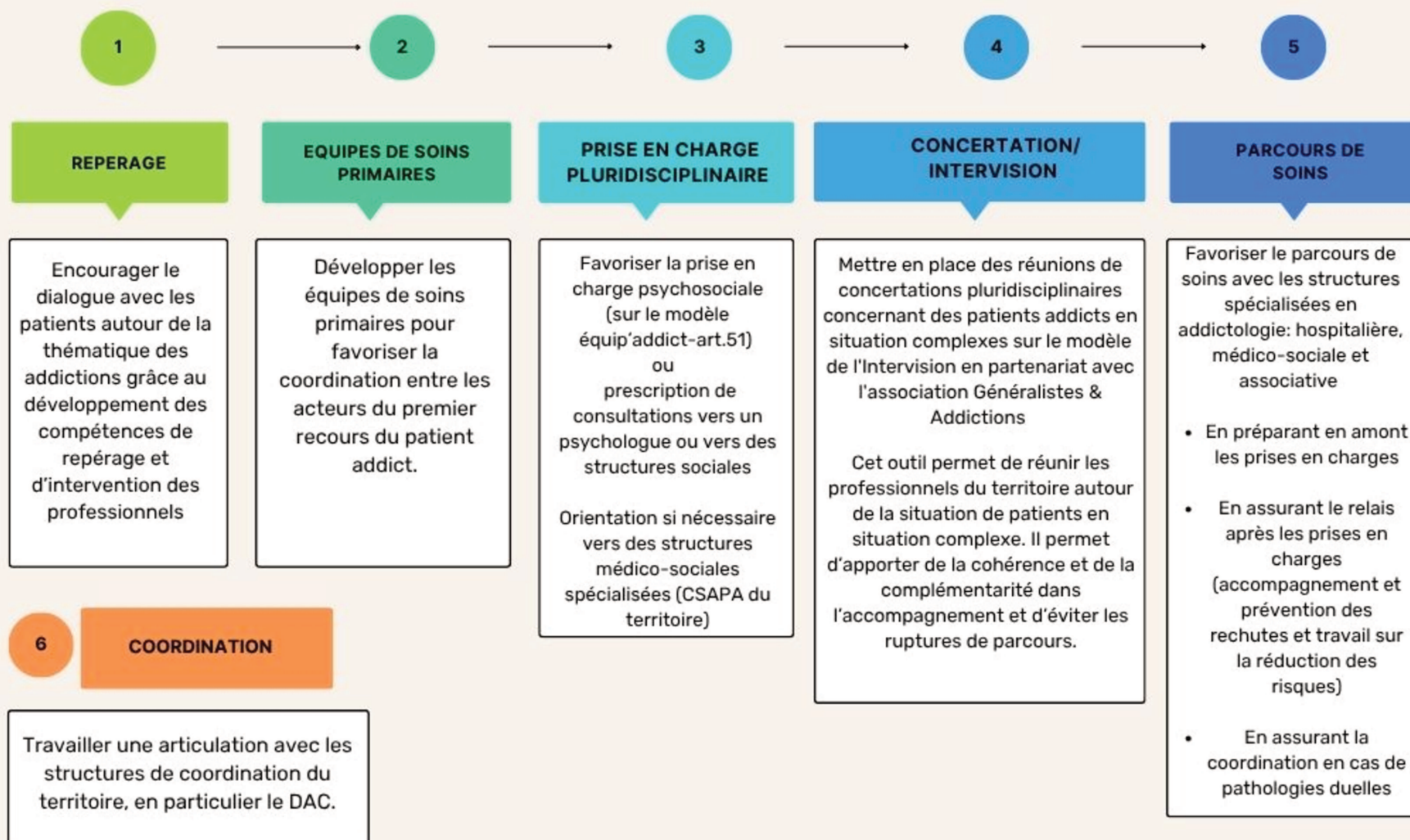
Les résultats ont confirmé la fréquence des situations d'addiction dans les consultations quotidiennes, et mis en évidence le besoin de formation.

3. Le plan d'action

Suite à ce diagnostic, un plan d'action a été élaboré avec le groupe de travail afin de structurer la prise en charge. On liste 6 axes :

- 1) Le repérage
- 2) L'équipe de soins primaires
- 3) La prise en charge pluridisciplinaire
- 4) Concertation et intervision
- 5) Parcours de soins
- 6) Coordination

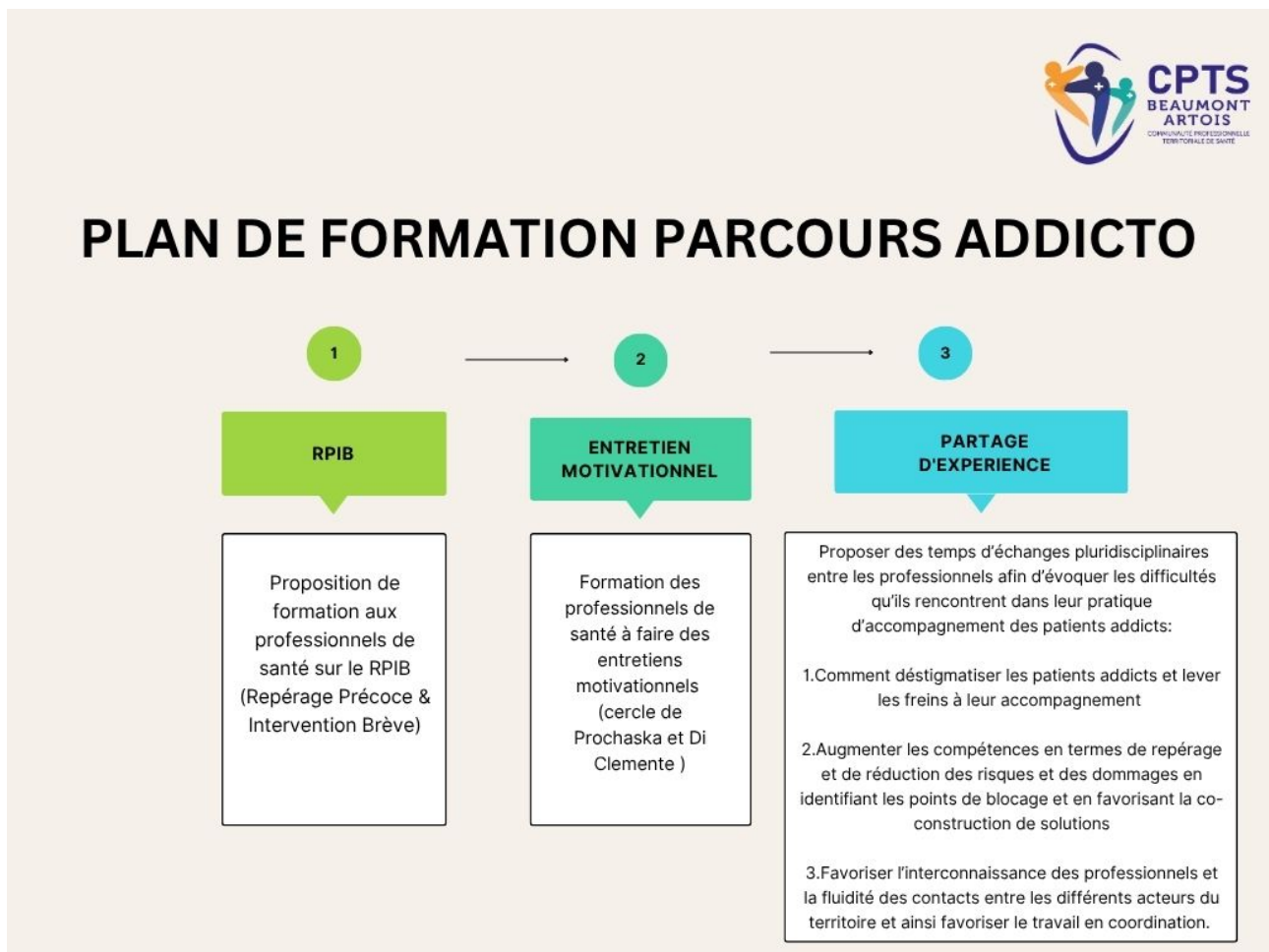
PLAN D'ACTION PARCOURS ADDICTO



4. Le plan de formation

Pour répondre aux besoins exprimés un plan de formation a été mise en place, avec le soutien de l'association Addictions France et l'association Généralistes & Addictions pour répondre aux besoins exprimés dans le questionnaire initial. Ce plan repose sur 3 modules :

- 1) Repérage précoce et intervention brève
- 2) Entretien motivationnel
- 3) Partage d'expérience



Dans le cadre de mon contrat de professionnalisation, j'ai eu l'opportunité de participer aux interventions organisées par l'association Généralistes & Addictions. Ces interventions sont des temps d'échange centrés sur des situations de patients en grande complexité, animés par un professionnel de l'association. Elles rassemblent l'ensemble des intervenants impliqués auprès du patient, qu'ils soient issus du secteur sanitaire ou social. Ces réunions permettent de débloquer certaines situations, de mieux comprendre les besoins du patient et de déterminer les priorités pour l'accompagner au mieux. (Annexe 11)

C'est au cours de ces interventions que j'ai pris conscience de la problématique récurrente des rechutes chez les patients après un sevrage alcoolique. Les patients, une fois sortis de structures spécialisées, retournent souvent dans leur environnement d'origine. Bien qu'un accompagnement puisse être proposé, son adhésion reste parfois difficile, ce qui peut favoriser la reprise de la consommation.

Cette rupture dans le parcours de soins m'a interpellée. Elle met en évidence l'importance d'un accompagnement post-sevrage coordonné autour du patient, par une équipe connue et identifiée par ce patient mobilisant à la fois les médecins traitants, les infirmiers, les psychologues, les travailleurs sociaux, et les structures d'appui du territoire.

Ce qui nous amène à ma question de recherche :

Quels seraient les avantages à proposer une offre de prévention de la rechute pour les patients alcoolodépendant sur le territoire d'une CPTS ?

Mes hypothèses concernant la question de recherche sont les suivantes :

- 1) Lors de situation de craving, les patients alcoolodépendants sevrés souhaiteraient faire appel à une équipe d'intervention à domicile pour les aider à prévenir la rechute
- 2) Selon les expériences de chaque patient, les réponses et leurs besoins ne seront pas les mêmes

V. Méthodologie

Initialement, mon approche méthodologique s'orientait vers une recherche qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cette méthode me semblait pertinente pour explorer le ressenti et les expériences des patients.

Cependant, en raison de contraintes de recrutement des patients et de délais restreints, il m'a été difficile de mettre en place mes entretiens. J'ai donc décidé d'adapter ma méthode en optant pour une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire.

VI. Outil de recueil des données

A. Choix de l'outil

Le questionnaire a été élaboré à partir du guide d'entretien semi-directif que j'avais initialement créé pour l'enquête qualitative. Il a été converti en questionnaire en ligne, avec des questions fermées ou à choix multiples.

B. Choix des participants

Mon choix initial était d'interroger des patients polyrechuteurs désormais abstinents. Toutefois suite aux échanges avec les professionnels de santé du groupe addictologie de la CPTS et leur expérience de terrain, ils m'ont conseillé d'inclure les patients ayant fait une seule cure et qui sont désormais sevrés.

Dans le cadre de la version quantitative de la recherche, le questionnaire a été ouvert à toute personne étant ou ayant été concerné par une situation d'addiction à l'alcool. Cela a permis de recueillir des témoignages variés.

C. Démarche de recrutement

Le recrutement des participants a été initialement pensé pour les entretiens semi-directifs, en collaboration avec les professionnels de santé de la CPTS Beaumont Artois, qui avaient pour rôle d'identifier des patients répondant aux critères.

Après le changement de méthode, mon questionnaire a été diffusé à partir du 2 mai 2025 via plusieurs canaux de diffusion :

- Réseaux sociaux : Un post Facebook et un post LinkedIn ont été publiés afin de toucher un large public

- Emails ciblés : le questionnaire a été adressé à différentes structures spécialisées, avec une présentation du projet. Ces structures comprenaient :
 - Les Alcooliques Anonymes,
 - La directrice de janvier Sobre,
 - Le centre Filao d'Hénin-Beaumont,
 - La clinique Les Bruyères à Auberchicourt,
 - Le centre hospitalier du Pays d'Avesnes,
 - La clinique d'alcoologie de Lille,
 - L'équipe mobile de soins et d'accompagnement en addictologie du Square de Lens,
 - Patients experts en addictologie.

VII. Questionnaire

A. Élaboration

Le questionnaire est à découvrir en annexes et a été conçu à partir du guide d'entretien initial, qui comprenait 4 grand axes : (Annexe 12)

- 1) Données sociodémographiques,
- 2) Parcours de consommation et antécédents,
- 3) Parcours de soins,
- 4) Rôle d'une équipe de soins primaires.

B. Diffusion du questionnaire et description de l'échantillon

J'ai utilisé l'outil en ligne LimeSurvey, qui permet de créer, administrer et collecter des réponses de manière sécurisées et anonymes. Cet outil a facilité le déploiement rapide du questionnaire auprès d'un large public cible.

Chaque réponse a été recueillie anonymement et la première partie permettait de recueillir les données sociodémographiques des participants. Cela permet de caractériser les participants de l'étude. Ont été recueilli, le sexe, l'âge et la situation professionnelle ; les données ont été récoltées du 2 mai 2025 au 19 mai 2025.

VIII. Analyse

A. Description des répondants

Parmi les 96 répondants, 54 % sont des femmes et 43 % sont des hommes 3 non-réponses ; l'âge se répartit majoritairement entre 35 et 64 ans (25 répondants entre 45 et 54 ans, 23 entre 35 et 44 ans, 16 entre 55 et 64 ans, 14 ont 65 ans et plus). Les moins de 25 ans sont peu représentés.

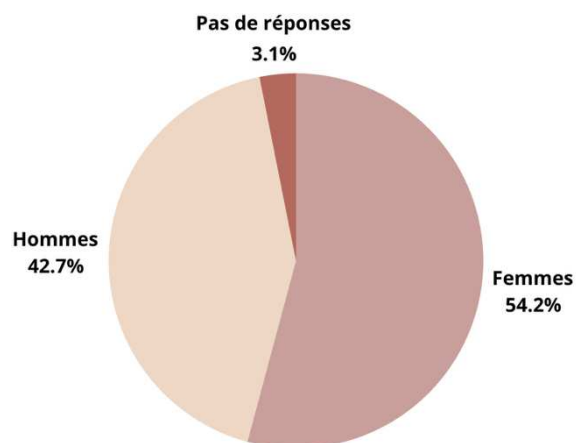


Figure 15 - Répartition du genre des répondants

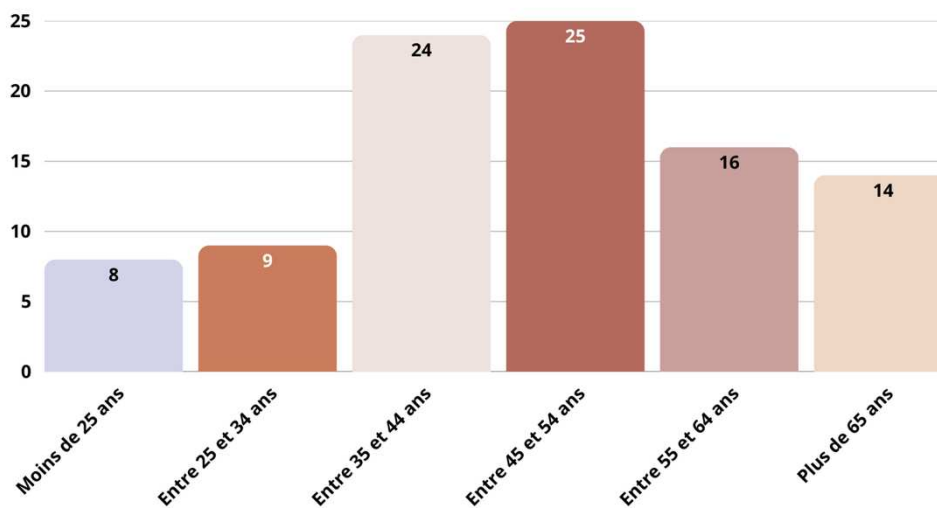


Figure 16 - Âge des répondants

Sur le plan professionnel, 64 (67 %) sont en emploi, 15 (16 %) retraités, 8 (8 %) sans emploi, 5 (5 %) en arrêt maladie et 4 (4 %) étudiants.

Enfin, l'âge de début de consommation d'alcool est très variable : la plupart ont commencé entre 19 et 35 ans (30% à 19-25 ans, 18% à 26-35 ans), mais quelques-uns ont débuté très tôt (5% avant 15 ans) ou tardivement (5% après 58 ans).

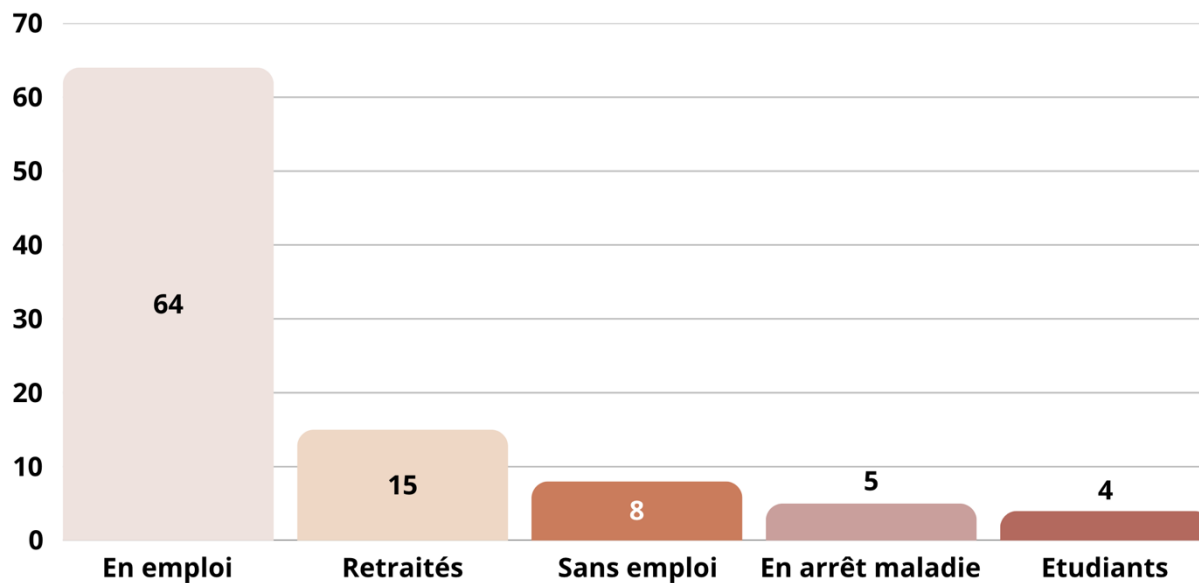


Figure 17 - Situation professionnelle des répondants

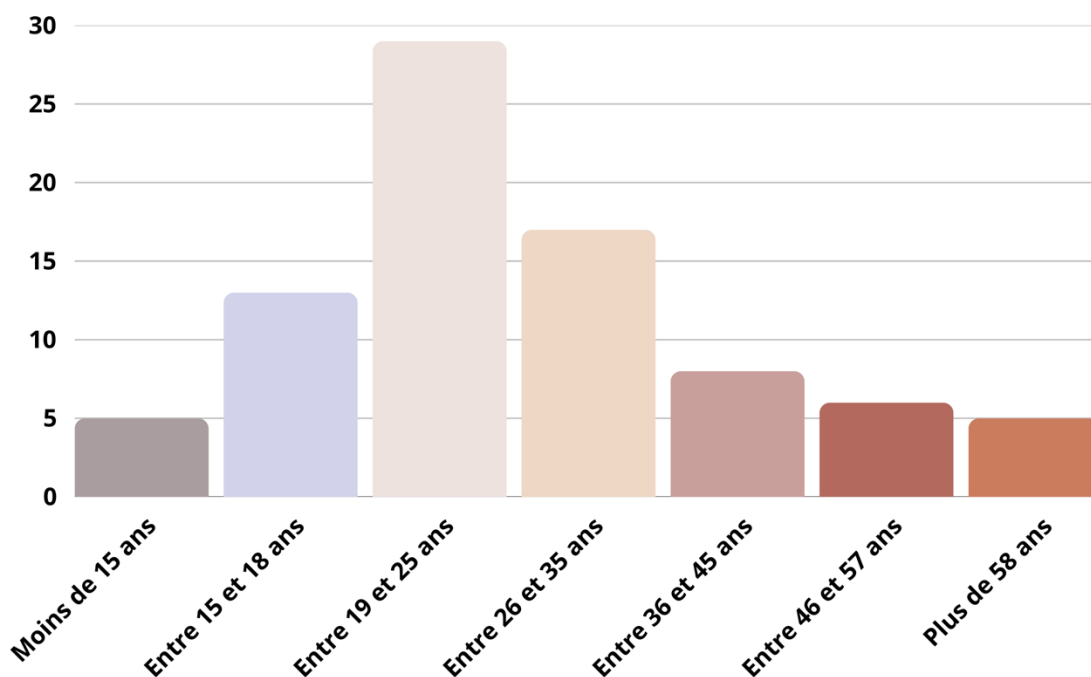


Figure 18 - Âge du début de la consommation

B. Profil de consommation et de cure de sevrage

63 (66 %) déclarent ne pas être abstinents actuellement, tandis que 33 (34 %) sont abstinents. Parmi ces derniers, 15 (soit 46 % des abstinents) déclarent l'être depuis plus de 10 ans et 8 depuis 2 à 10 ans.

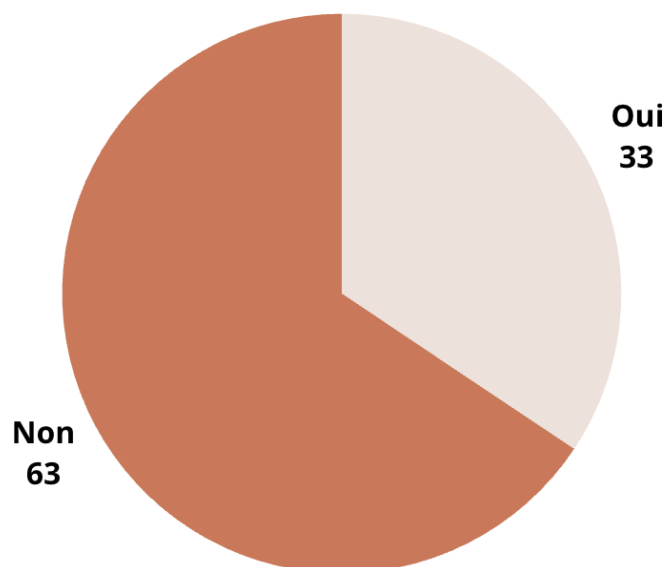


Figure 19 - Statut d'abstinence actuel des participants

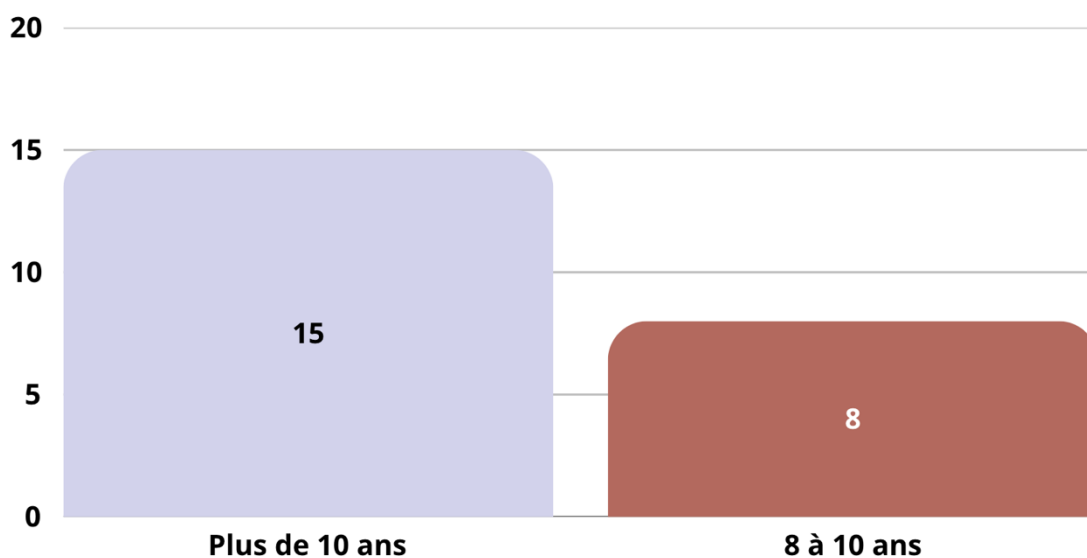


Figure 20 - Durée de l'abstinence chez les personnes actuellement abstinentes

Dix-sept répondants (18 %) ont déjà fait au moins un sevrage : principalement en établissement (14 en service hospitalier, 2 à domicile, 1 par ses propres moyens). Pour ces 17 personnes, l'initiative du sevrage a été majoritairement personnelle (12 l'ont décidé eux-mêmes), rarement par la famille (3) ou par leur médecin traitant (3).

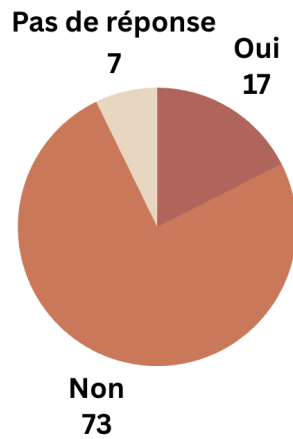


Figure 21 - Antécédents de cure de sevrage parmi les répondants

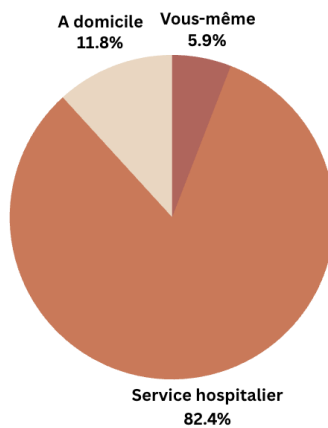


Figure 22 - Type de sevrage réalisé

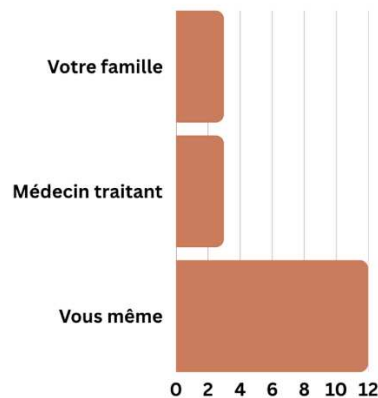


Figure 23 - Personne à l'initiative de la cure

C. Parcours de soins et facteurs déclenchants

Un tiers des répondants (30 %) indique avoir cherché de l'aide par envie personnelle (vous-même), et environ 18 % en raison de problèmes de santé personnels. Les autres motivations (famille, amis, employeur, décès d'un proche, perte d'emploi, changement familial) ont été choisies avec des proportions plus faibles et variées. Par exemple, seulement 8 % ont mentionné un changement de situation familiale et 7 % un décès proche. Ces réponses confirment que les facteurs « intérieurs » (enjeux de santé ou volonté propre) sont les plus fréquents pour initier une démarche de soin.

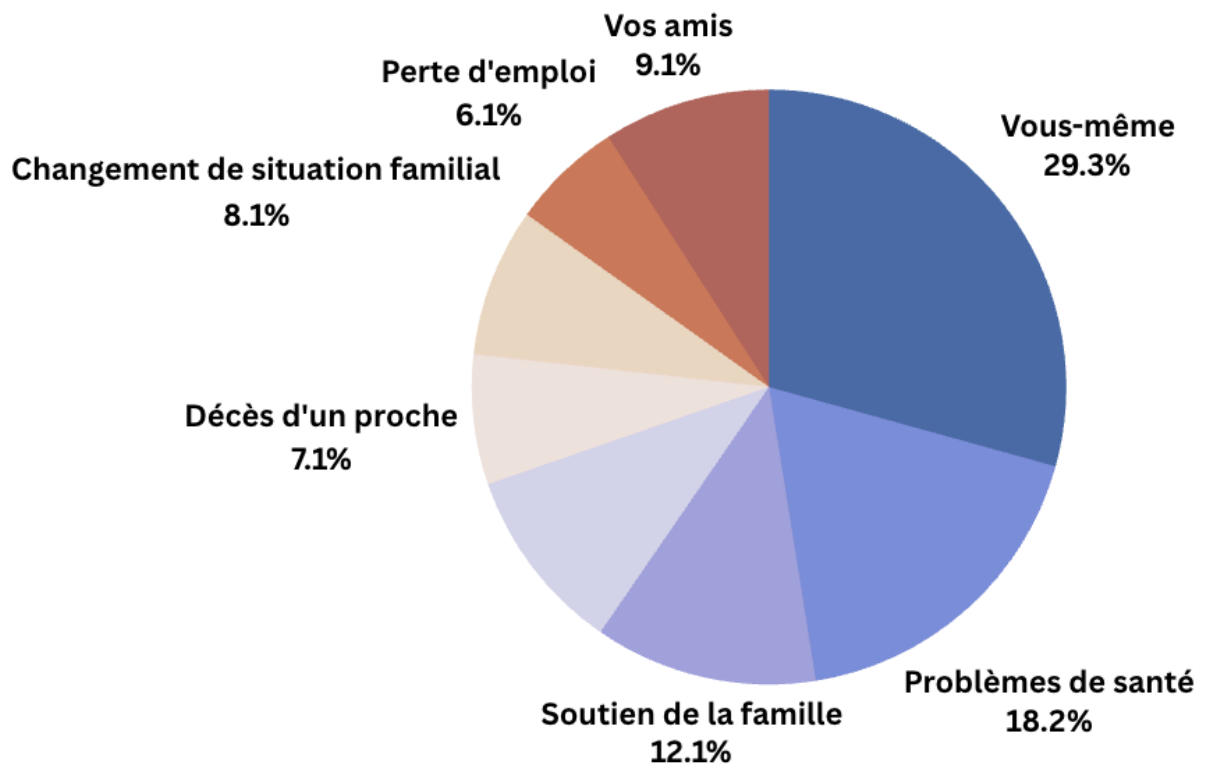


Figure 24 - Motivations ayant conduit à la recherche d'aide

Après le sevrage, 16 personnes ont renseigné la question sur d'éventuelles difficultés post-sevrage. Les difficultés les plus souvent cochées sont l'isolement social et l'« envie de consommer (craving) » (pour 7 personnes soit 44 % de ce sous-groupe), puis le stress/anxiété (31 %) et la dépression (25 %). Un seul répondant (6 %) a mentionné des problèmes financiers. Ces chiffres sont peu représentatifs de l'échantillon total en raison du fort taux de non-réponse (80 % de blancs), mais ils suggèrent que, parmi ceux qui ont répondu, les difficultés psychologiques et sociales (isolement, craving) prédominent.

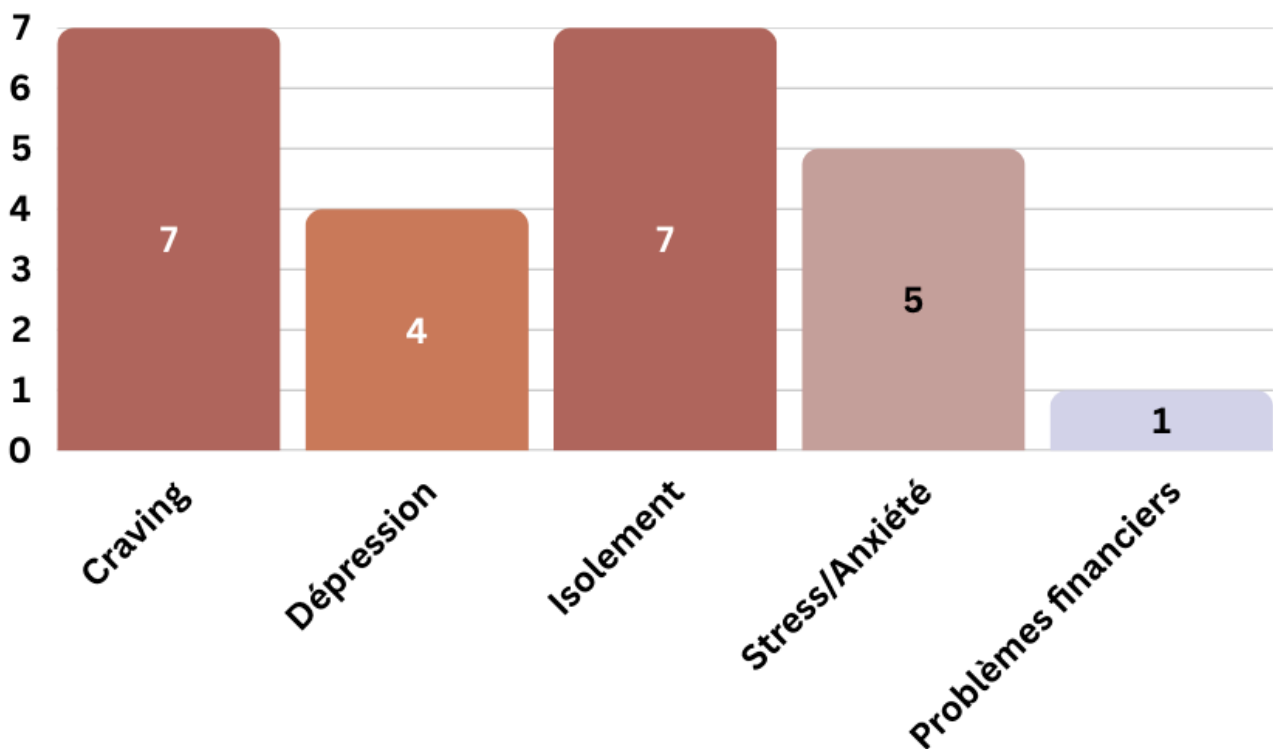


Figure 25 - Difficultés rencontrés en post-sevrage par les répondants

Parmi les 15 répondants à la question « Avez-vous bénéficié d'un suivi après le sevrage ? », 10 (67 %) ont répondu oui. Les modalités de suivi varient (centres d'addictologie, consultations de psychiatres/infirmiers, etc.). Cette expérience de suivi semble d'ailleurs liée à l'avis des répondants sur la création d'une équipe de soins : 6 des 8 répondants ayant bénéficiés d'un suivi ont répondu tout à fait utile à la question « Pensez-vous qu'une équipe mobile ... » contre seulement 1 sur 4 chez ceux sans suivi.

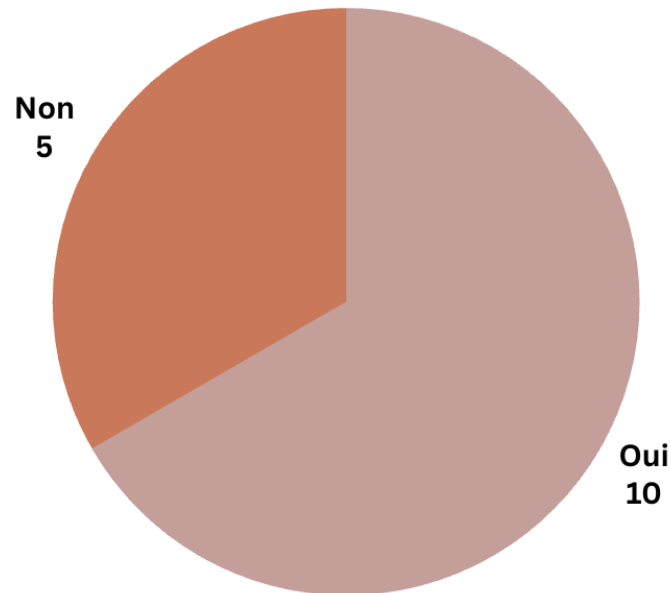


Figure 26 - Suivi à la suite d'un sevrage

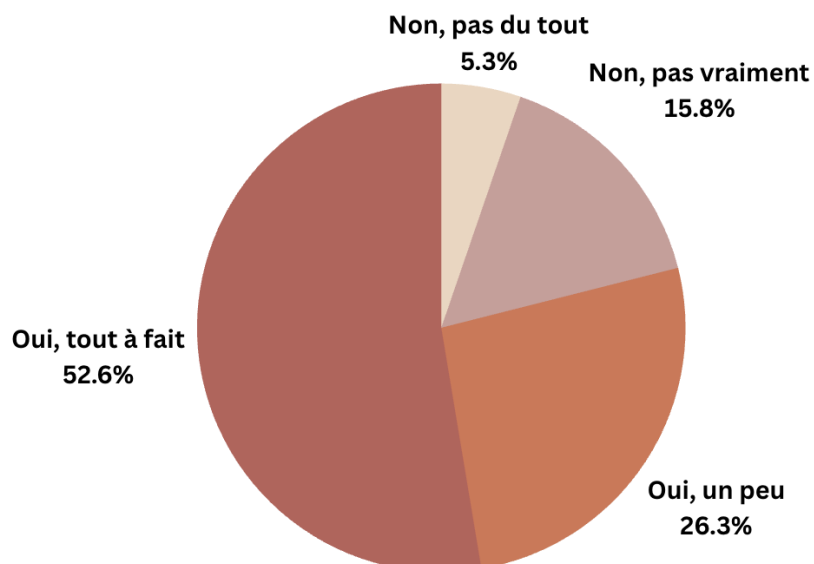


Figure 27 - Avis des répondants sur la création de l'équipe

D. Stratégies en situation de tentation

Les participants ont pu cocher plusieurs options sur ce qui les a aidés à ne pas rechuter lors d'un moment de tentation. Les réponses les plus fréquentes sont les activités de loisirs ou sportives (~20 % des répondants) et le soutien familial (18 %). 12 répondants (12 %) ont choisi « rien de particulier », indiquant peut-être un sentiment d'isolement face à la tentation. Une petite minorité mentionne le soutien en groupe de parole (8%) ou les suivis professionnels (médical ou psychologique, 10-11 % chacun). Ces résultats suggèrent que les stratégies d'évitement de la rechute sont avant tout personnelles et sociales (activité physique, entourage) plutôt que médicales ou institutionnelles.

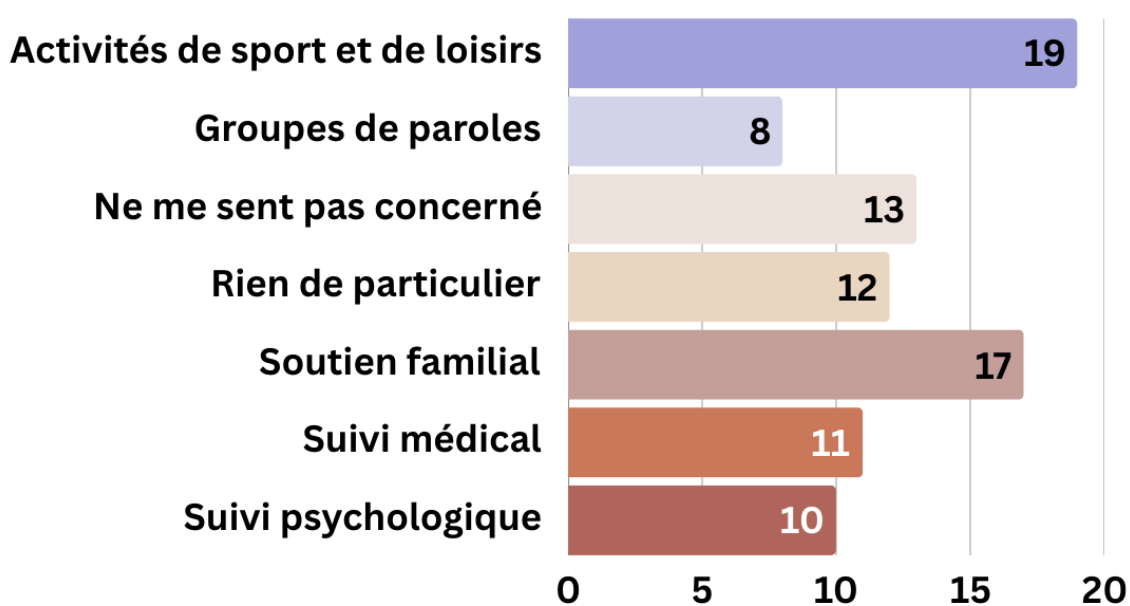


Figure 28 - Ce qui a aidé les répondants à tenir face à la tentation

E. Besoin en prévention de la rechute

Lorsqu'on interroge les répondants sur les éléments utiles pour éviter une rechute, les besoins les plus cités sont le soutien psychologique (26 personnes, 27 %) et le suivi médical régulier (22 personnes, 23 %). Viennent ensuite l'accompagnement à la sortie et à la reprise de vie sociale/professionnelle (21 personnes, 22 %). En revanche, seuls 9 personnes (9 %) ont jugé utiles des visites à domicile dans ce cadre, et 8 personnes (8 %) ont cité une ligne d'écoute 24h/24 ou une application mobile de suivi. Le groupe de paroles (AA) a été retenu par 14 personnes (15 %).

Ces chiffres indiquent que, pour une grande partie des répondants, un soutien psychologique et médical régulier est plus attendu qu'une présence à domicile systématique.

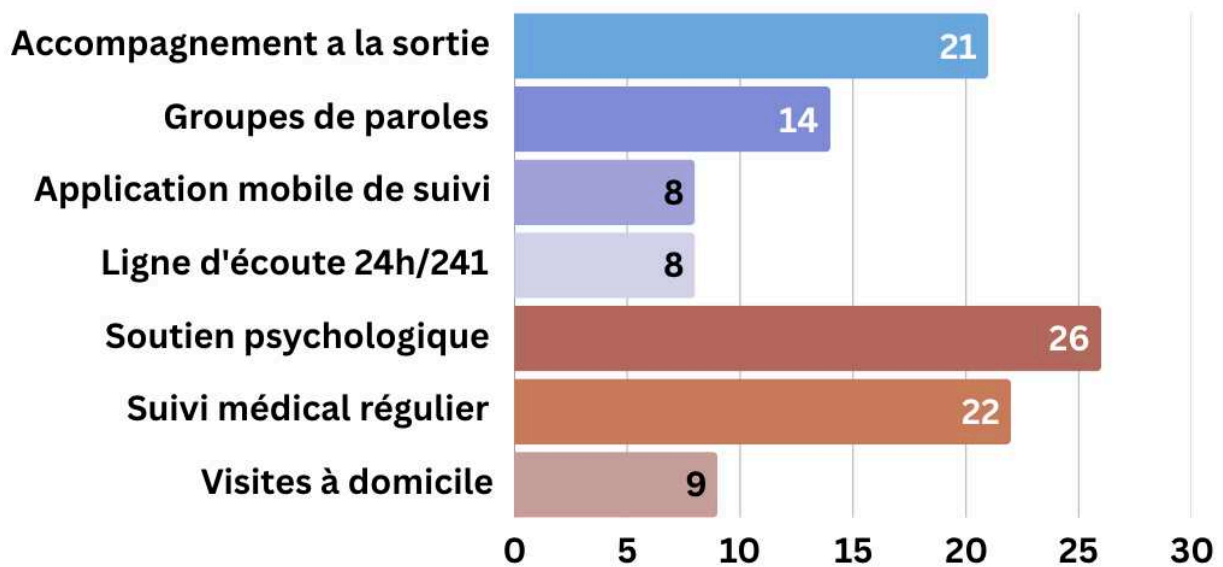


Figure 29 - Ce qui pourrait aider à ne pas rechuter selon les répondants

F. Équipe de soins primaires et soutiens attendus

Concernant l'idée d'une équipe de soins primaires dédiée à la prévention de la rechute, 30 répondants sur 96 (31 %) se disent positivement intéressés (« oui, tout à fait » ou « oui, un peu », soit 30 répondants) pour se soutenir. Seuls 8 % s'y opposent (« non, pas vraiment/du tout »), et 60 % n'ont pas répondu ou sont neutres. Parmi ceux qui se prononcent, la grande majorité (78 % de ceux qui ont répondu) voit un intérêt à cette équipe.

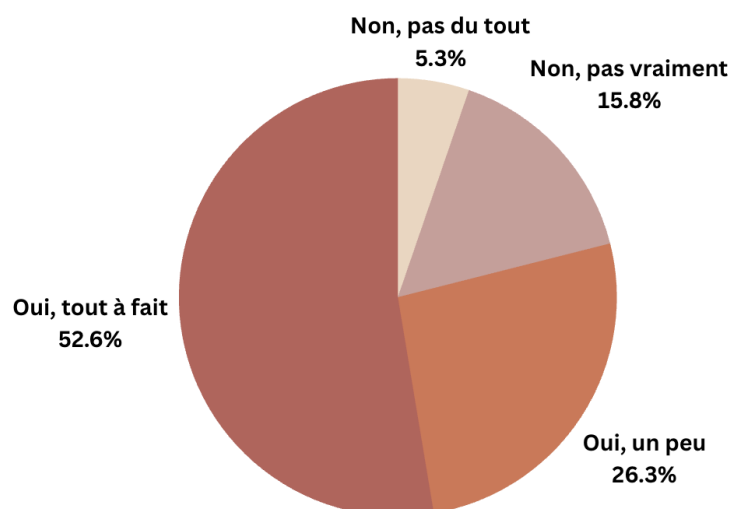


Figure 30 – Avis des répondants sur l'équipe de soins primaires

Les formes de soutien attendues d'une telle équipe sont variées. L'aide la plus attendue est l'aide à la gestion du stress et de l'anxiété (30 %), suivie par l'entretien motivationnel (18, 19 %), le soutien de l'entourage (19, 20 %) et les visites régulières à la sortie de cure (15, 16 %). Les besoins pratiques (conseil social, réinsertion professionnelle) sont moins cités (8-9 %).

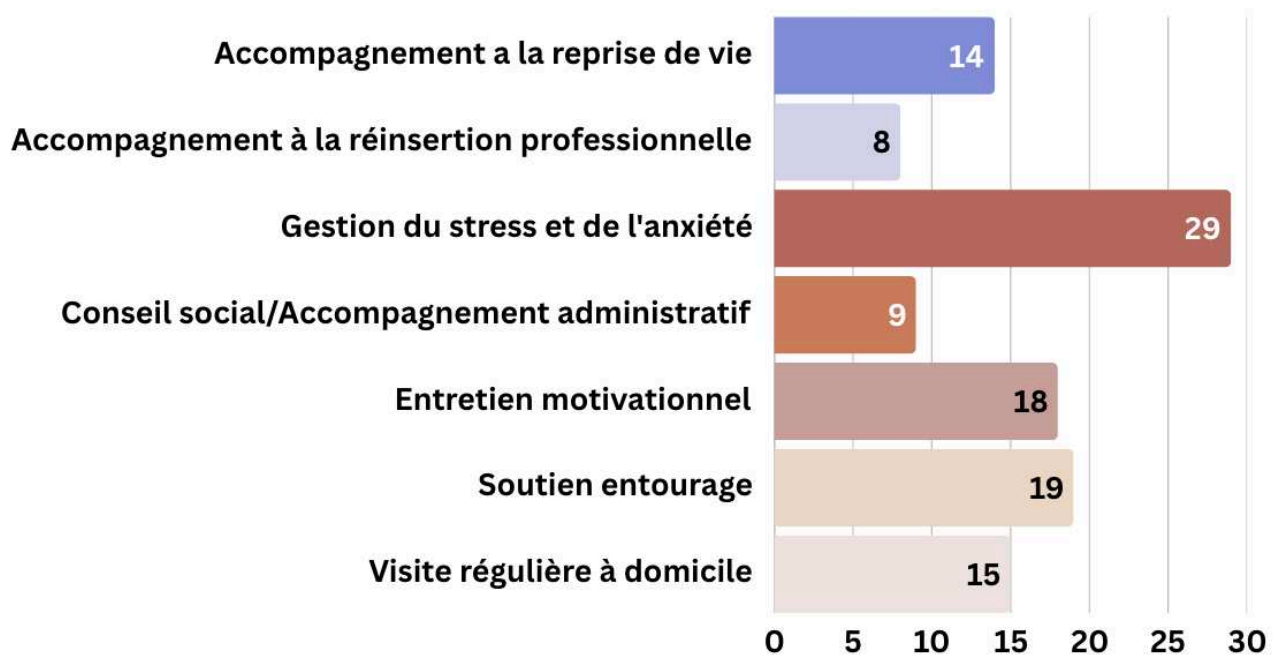


Figure 31 - Attentes vis-à-vis du soutien en soins primaires

En résumé, l'équipe est perçue comme devant d'abord apporter du soutien psychologique et motivationnel, plutôt que des aides administratives ou uniquement médicales.

Enfin, les répondants ont pu indiquer plusieurs compétences jugées essentielles pour les membres de l'équipe. Les deux compétences plébiscitées sont l'écoute et la bienveillance (35 personnes, 37 %) et la connaissance en addictologie (34, 35 %).

L'aptitude à collaborer avec l'équipe de soins habituelle est également citée par 21 personnes (22 %). En revanche, des compétences comme la capacité à intervenir en urgence (16 %), la formation psychologique (20 %) ou l'expérience personnelle de l'addiction (18 %) sont moins fréquemment mentionnées.

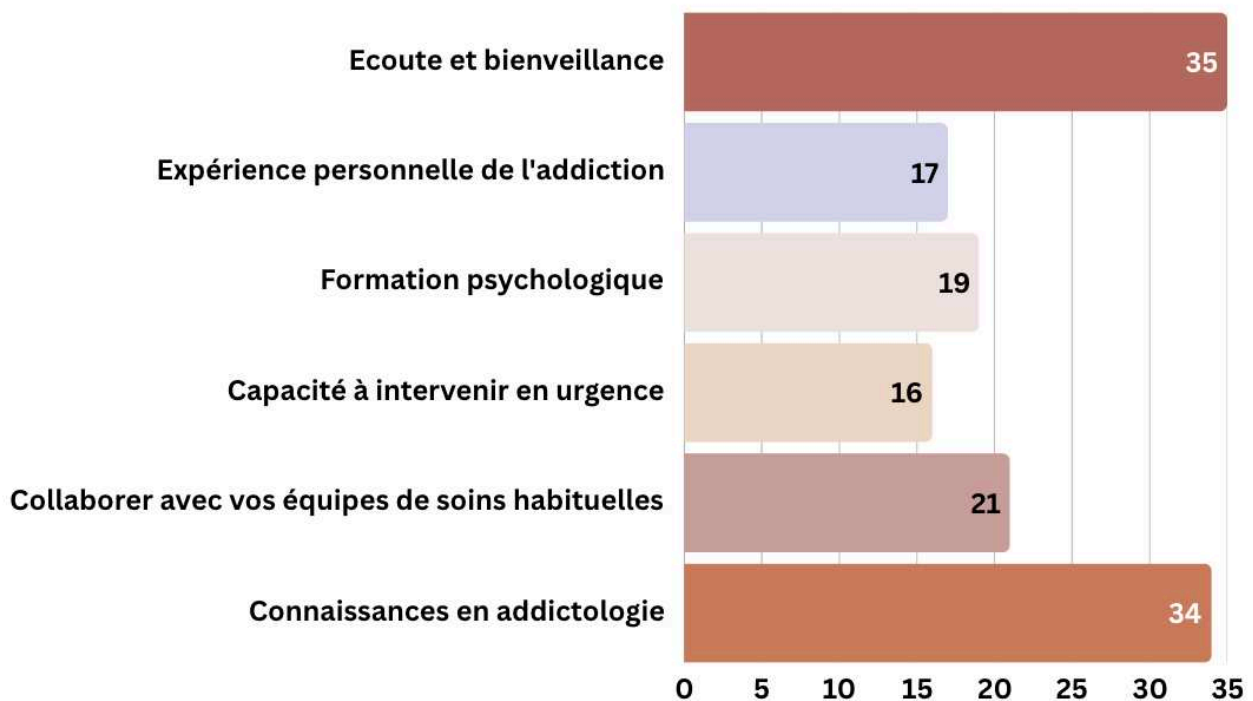


Figure 32 - Compétences attendues de l'équipe de soins primaires

Il en ressort que les répondants privilégient avant tout une équipe empathique et experte, qui collaborent avec leur équipe de soins habituelles.

IX. Discussion

A. Analyse des résultats au regard des hypothèses

1. Intérêt des patients pour une équipe mobile en cas de craving

Les résultats de l'enquête suggèrent que les patients récemment sevrés d'alcool manifestent un intérêt pour la mise en place d'une équipe mobile de soins primaires pouvant intervenir à domicile lors des épisodes de craving. La majorité des répondants considèrent qu'une telle équipe, disponible en cas d'envie impérieuse de consommer, pourrait les aider à surmonter ces moments critiques et prévenir une rechute. Cet enthousiasme confirme l'hypothèse initiale : les patients perçoivent la possibilité d'un soutien réactif à domicile comme un élément rassurant et utile de leur parcours de soins post-sevrage. On peut en déduire un besoin de sécurité et d'accompagnement dans un contexte où le risque de replonger est élevé. En effet, la littérature rappelle que l'alcoolodépendance est une maladie chronique à haut risque de récurrence : 60 à 85% des patients rechutent au moins une fois dans les 4 à 10 ans qui suivent un sevrage hospitalier. (VIDAL, 2023b)

Toute intervention susceptible d'intervenir précocement lors des situations à risques, ici le craving est accueillie favorablement par les patients, conscients de la fragilité de leur abstinence.

Sur le plan clinique, l'intérêt pour une équipe mobile traduit également la confiance envers un accompagnement de proximité. Beaucoup de patients après un sevrage se retrouvent démunis une fois de retour à domicile. L'intervention d'une équipe mobile lors d'un craving pourrait combler un vide entre le patient et le système de soins, en apportant une réponse immédiate là où le patient se trouve. Cette approche rejoint le principe du bas seuil d'accès en addictologie, visant à aller vers le patient plutôt que d'attendre qu'il sollicite lui-même de l'aide. Elle est d'autant plus pertinente que le craving peut surgir en dehors des horaires habituels de la consultation, y compris la nuit ou le week-end, moment où les professionnels de santé sont moins disponibles. Dans ces instants, avoir la possibilité de contacter une équipe dédiée, capable de se déplacer au domicile pour apporter du soutien médical et psychologique, représente un atout considérable aux yeux des usagers. Cela peut éviter que le patient ne reste seul face à son envie de consommer, situation propice aux rechutes.

Les données de la littérature confortent cette intuition. Par exemple, une expérience belge d'équipes mobiles a montré que même des situations aiguës comme un syndrome de sevrage alcoolique peuvent être prises en charge de façon sécurisée au domicile du patient. (Rens et al., 2024). Autrement dit l'intervention à domicile en addictologie est non seulement faisable, mais sûre, à condition de disposer de professionnels formés et d'un protocole adapté. Si l'on transpose ce constat aux épisodes de craving, on peut anticiper qu'une équipe mobile, joignable rapidement pourrait éviter la consommation par le patient et ainsi empêcher que le craving ne se transforme en rechute avérée. Le fait que l'initiative vienne de l'équipe mobile, se déplaçant vers le patient, allège au patient le fait de faire la démarche de se déplacer pour aller consulter en urgence. L'enquête réalisée montre ainsi que les patients sont conscients de ces bénéfices.

2. Importance d'un accompagnement post-sevrage personnalisé

La deuxième hypothèse posée au début de ce mémoire, à savoir qu'un suivi personnalisé après le sevrage, ajusté aux besoins individuels, est important. L'hypothèse se voit également confortée par les résultats de l'étude. Les personnes interrogées soulignent, pour un grand nombre, l'importance d'un accompagnement dans la durée modulé en fonction de l'évolution de chacun. Autrement dit, il n'existe pas de modèle unique de suivi post-sevrage applicable à tous de la même manière : certains patients expriment le besoin de contact très rapprochés (par des visites ou appels fréquents) quand d'autres souhaitent une présence plus discrète mais disponible en cas de difficulté. Néanmoins un suivi « sur mesure » est perçu comme un facteur déterminant pour maintenir l'abstinence.

Ces retours font écho aux recommandations des experts en addictologie. De l'avis général, la phase qui suit immédiatement le sevrage est la plus délicate, et nécessite un relais sans rupture. Il est important d'assurer un continuum de soins : une fois la désintoxication physique accomplie, le patient doit être accompagné sur le plan psychologique, médical et social pour ne pas le laisser seul face aux défis du maintien de l'abstinence. Un accompagnement personnalisé permet d'adapter ce soutien à la situation de chaque individu : intensifier le suivi pour un patient présentant de nombreux facteurs de risques de rechute (comorbidités psychiatriques, environnement familial dysfonctionnel, ...) ou au contraire espacer progressivement les interventions pour un patient en situation de rétablissement solide.

L'enquête a probablement mis en lumière que les patients attachent de l'importance à ce que le suivi post-sevrage englobe divers volets : soutien psychologique, aide à la réinsertion sociale, suivi médical régulier, et éventuellement accompagnement par des pairs. Cette vision holistique rejoint les pratiques recommandées. Comme le rappelle un article de Vidal, le maintien de l'abstinence repose sur une prise en charge de longue durée alliant psychothérapie et entraide, visant à renforcer la motivation du patient et sa capacité à identifier les situations à risques.

Un suivi personnalisé permettra précisément d'aborder avec le patient ses facteurs de vulnérabilité spécifiques afin de développer des stratégies préventives qui lui sont propres.

Un accompagnement modulé selon les besoins est aussi une question d'efficacité : allouer plus de ressources aux patients les plus fragiles ou en demande, tout en évitant un encadrement excessif et inutile pour ceux qui progressent bien, permet d'optimiser le dispositif global. Cette personnalisation favorise l'adhésion du patient, qui se sent reconnu dans son individualité et acteur de son parcours de soins, plutôt que soumis à un protocole standardisé. En ce sens, les deux hypothèses du mémoire se rejoignent et se renforcent mutuellement.

3. Ouverture sur les enjeux d'accessibilité et de continuité des soins

Au-delà des hypothèses initiales, la discussion serait incomplète sans aborder les enjeux plus larges d'accessibilité aux soins et de continuité du parcours, intimement liés à la mise en place d'une équipe mobile en prévention des rechutes. Un des objectifs d'une telle équipe est de toucher des patients qui, sans cela, resteraient en marge du système de soins une fois sortis du sevrage.

Dans la pratique, de nombreux facteurs peuvent entraver l'accessibilité : éloignement géographique des structures d'addictologie, horaires de travail ne coïncidant pas avec les consultations disponibles, fatigue ou honte du patient qui le poussent à annuler ses rendez-vous, etc. Une équipe mobile permet de contourner en partie ces obstacles en allant directement au-devant du patient, chez lui ou dans un lieu qu'il juge adéquat.

L'exemple du Mobile Withdrawal Management Service (MWMS) mis en place au Canada est éclairant à cet égard. Ce service communautaire mobile offre un suivi pendant 30 jours aux personnes après leur sevrage, en leur laissant le choix du lieu de prise en charge, y

compris leur domicile. Pour les patients sans logement stable, une solution d'hébergement temporaire est proposée afin de ne pas les exclure du dispositif.

Cette approche se veut centrée sur le patient, rencontrant les personnes « là où elles en sont, aussi bien au sens figuré que littéral », avec une grande flexibilité d'adaptation aux besoins de chacun. (Rens et al., 2024)

L'accessibilité, c'est aussi la question du "bas seuil", c'est-à-dire de la facilité avec laquelle un patient peut solliciter de l'aide sans démarche compliquée. Idéalement, l'équipe mobile devrait être joignable via un numéro dédié ou une application, avec une réactivité rapide en cas de besoin. Ce mode de fonctionnement souple contraste avec le parcours classique où le patient doit prendre rendez-vous, parfois attendre plusieurs jours, pour finalement bénéficier d'une consultation standard.

Ici, l'aide vient au moment opportun, lorsque le patient en ressent l'urgence ce qui est déterminant en addictologie où les fenêtres de motivation ou, à l'inverse, de vulnérabilité, peuvent être de courte durée. En offrant cette accessibilité immédiate, on renforce la confiance du patient dans le dispositif de soins, et on réduit le risque qu'il abandonne face à des obstacles organisationnels. En somme, l'équipe mobile s'inscrit comme un trait d'union entre le patient et le système de santé, assurant une présence continue et accessible dans la période post-sevrage, comblant ainsi une rupture identifiée du parcours de soins traditionnel.

B. Intégration territoriale et coordination au sein de la CPTS

La création d'une équipe mobile de soins primaires en addictologie ne peut se concevoir isolément ; elle doit s'intégrer harmonieusement dans le maillage territorial déjà existant, en particulier au sein des CPTS. L'équipe mobile devra donc travailler en synergie avec les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et structures spécialisées locales (CSAPA, Hôpitaux, associations d'addictologie, etc.). Cette intégration est cruciale pour éviter les doublons, assurer un partage d'information sécurisé et organiser un parcours véritablement fluide.

Des initiatives commencent à voir le jour en France dans cette optique. Dans les HdF, la CPTS Beaumont Artois a sollicité l'appui de l'association Généralistes & Addictions (GAHdF) pour établir un processus de prise en charge des patients confrontés à des addictions sur son territoire. Concrètement, un parcours de soins coordonnés a été

proposé pour le suivi post-sevrage résidentiel, faisant le lien entre l'hôpital addictologique et les intervenants de premier recours du secteur. Cette co-construction illustre la valeur ajoutée d'une démarche territoriale : chaque acteur y trouve sa place et ses missions dans l'accompagnement du patient, en évitant les ruptures au moment de la transition hôpital-domicile. De même, la CPTS Grand Lille a fait appel à GAHdF pour sensibiliser et former ses membres à l'accompagnement addictologique en soins primaires, renforçant ainsi les compétences locales et la culture commune autour de ces patients complexes. (Projets Addictologiques avec les CPTS, n.d.).

S'intégrer dans la CPTS implique aussi de définir clairement les modalités d'intervention de l'équipe mobile vis-à-vis des autres professionnels. Par exemple, on peut concevoir que le déclenchement de l'intervention mobile se fasse en concertation avec le médecin traitant : soit à sa demande (s'il identifie chez un patient sevré des signes annonciateurs de rechute, une fragilité particulière), soit à l'initiative du patient lui-même, mais en informant ensuite le médecin traitant pour assurer le suivi conjoint. L'équipe mobile peut également jouer un rôle d'interface entre le premier recours et le second recours : en cas de complication médicale ou psychiatrique, elle oriente rapidement le patient vers l'hôpital ou le spécialiste approprié, tout en s'assurant qu'après cette prise en charge aiguë, le relais de proximité sera repris.

Par ailleurs, l'insertion de l'équipe mobile dans la CPTS offre la possibilité de mutualiser des ressources et de pérenniser le dispositif. Financièrement et administrativement, un projet porté par une CPTS peut plus aisément obtenir des soutiens (ARS, fonds d'innovation organisationnelle, etc.) qu'une initiative isolée. De plus, la CPTS peut faciliter l'évaluation du projet en collectant des données de suivi à l'échelle du territoire : nombre de patients bénéficiaires, taux de rechute, satisfaction des usagers, etc., ce qui permettra de démontrer l'impact et d'ajuster le dispositif si nécessaire. Enfin, la présence de cette équipe mobile au sein d'une CPTS contribue à la dynamique territoriale : elle renforce les liens entre professionnels autour d'une thématique. En sachant qu'une ressource mobile existe, les soignants de premier recours seront peut-être plus enclins à dépister et à accompagner des patients alcoolodépendants, se sentant soutenus par une expertise de deuxième ligne disponible en cas de besoin.

En conclusion de cette discussion, les deux hypothèses initiales se trouvent renforcées par l'analyse des résultats et par leur mise en perspectives avec d'autres considérations transversales. Oui, les patients alcoolodépendants sevrés expriment le besoin et l'envie d'une équipe mobile pouvant les épauler en cas de craving. Pour la CPTS concernée, la création de cette équipe mobile représente une opportunité d'innover tout en s'alignant sur les meilleures pratiques actuelles en addictologies. La réussite d'un tel projet reposera sur la capacité à concrétiser ces principes dans un dispositif opérationnel, financé et évalué, au service de la prévention des rechutes alcooliques.

X. Biais et limites de l'étude

A. Mode de diffusion et échantillonnage :

Le questionnaire a été diffusé en ligne via les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn) et par email ciblé auprès de structures spécialisées (AA, centres de soins, associations locales...). Ce choix, non-aléatoire, induit un **biais de sélection** : les répondants sont probablement plus sensibilisés ou en contact avec le monde du soin en addictologie. Mais en réalité la diffusion ciblée et le caractère volontaire rendent l'échantillonnage non représentatif de l'ensemble des alcoolodépendants du territoire.

B. Taux de non-réponse

De nombreuses questions facultatives ont eu un fort pourcentage de non-réponse. Par exemple, 80 % des participants n'ont pas répondu à la question sur les difficultés post-sevrage, rendant les données très peu représentatives. De même, certains répondants ont sans doute ignoré la question sur l'intérêt de l'équipe mobile, puisque 60 % n'ont pas exprimé d'avis. Ce phénomène génère un **biais de non-réponse** qui peut masquer les opinions réelles.

C. Auto-déclaration

Les résultats reposent sur l'auto-évaluation, ce qui peut introduire un **biais de désirabilité sociale**. Il est possible que certains sous-estiment leurs rechutes. Enfin, l'absence d'entretien qualitatif limite la compréhension des réponses.

XI. Conclusion

Ce mémoire de Master s'est inscrit dans le contexte d'une préoccupation majeure de santé publique : la prévention des rechutes chez les patients alcoolodépendants après un sevrage. Les taux de rechute post-sevrage demeurent en effet très élevés jusqu'à 70 % dans les premiers mois selon certaines études, et entre 60 et 85 % à plus long terme soulignant la nécessité d'un accompagnement post-curatif renforcé.

L'objectif de ce travail était ainsi d'évaluer l'intérêt et la faisabilité de la création d'une équipe mobile de soins primaires au sein d'une CPTS dédiée au suivi de patients sevrés d'alcool, dans une logique de prévention des rechutes.

Mes recherches et la discussion menées ont mis en lumière plusieurs résultats frappants. D'une part, elles confirment l'hypothèse qu'une équipe mobile pluridisciplinaire et proactive peut améliorer la continuité des soins et l'accessibilité du suivi pour ces patients vulnérables, en allant à leur rencontre à domicile ou en milieu de vie. D'autre part, l'importance d'un accompagnement personnalisé centré sur les besoins du patient s'est révélée déterminante pour maintenir la motivation et l'abstinence à long terme. Par ailleurs, ce projet d'équipe mobile s'inscrit pleinement dans la dynamique de coordination territoriale promue par les CPTS : il favorise la collaboration entre professionnels de santé libéraux, structures spécialisées en addictologie et acteurs médico-sociaux, améliorant la lisibilité et l'efficacité du parcours de soins du patient.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, l'intérêt et la pertinence du projet de création d'une équipe mobile de prévention des rechutes apparaissent clairement. Ce dispositif représenterait une réponse innovante et adaptée à un besoin encore partiellement couvert : assurer un soutien de proximité aux patients à un moment critique de leur parcours, afin de réduire le risque de rechute et de consolider les bénéfices du sevrage. La mise en œuvre concrète d'une telle initiative devra relever plusieurs défis à venir. Parmi ceux-ci figurent la pérennisation des ressources humaines et financières, l'adhésion et la formation continue des professionnels impliqués, l'articulation efficace avec les structures existantes, et l'évaluation rigoureuse de l'impact du dispositif.

XII. Perspectives et recommandations

La CPTS devra poursuivre et étendre la formation des professionnels de santé et acteurs sociaux sur l'ensemble du territoire afin qu'ils disposent de compétences actualisées en addictologie. Cette formation pluriprofessionnelle est indispensable pour améliorer le repérage précoce et la prise en charge du mésusage de l'alcool. Par ailleurs, les résultats de l'enquête menée auprès des patients sevrés mettent en évidence un réel intérêt pour la création d'une équipe mobile de soins primaires spécifiquement dédiées à la prévention des rechutes. Les répondants expriment un besoin d'accompagnement dans les moments de vulnérabilité, tels que les épisodes de craving.

Les formes de soutiens les plus attendues relèvent principalement du champ psychologique et relationnel : aide à la gestion du stress, entretien de soutien motivationnel, implication de l'entourage. Ces attentes témoignent d'une volonté de bénéficier d'un accompagnement humain, bienveillant et individualisé, centré sur une relation d'écoute, plutôt que sur une approche strictement administrative ou médicale, ce qui oriente les priorités d'action de l'équipe. L'enquête souligne également l'importance de l'écoute et de la bienveillance ainsi que l'expertise en addictologie, et en particulier la coordination étroite avec l'équipe soignante habituelle (médecin traitant, CSAPA, infirmiers, ...). Pour permettre de garantir la continuité et la réactivité, il paraît nécessaire d'équiper les professionnels d'un outil numérique partagé et accessible en temps réel, permettant de centraliser les informations utiles, d'assurer une bonne coordination entre les intervenants et d'adapter l'intervention en fonction de l'évolution du patient.

Enfin, cette proposition s'inscrit dans une dynamique nationale expérimentée : le dispositif « Equip'Addict » (article 51 de la Loi du Financement de la Sécurité Sociale) crée des microstructures pluri-professionnelles de proximité pour les patients souffrant d'addiction, et est entré en phase de pré-généralisation fin 2023. Les objectifs poursuivis convergent avec ceux de mon projet, ce qui confirme la pertinence de sa mise en œuvre. Cela pourrait représenter une opportunité pour la CPTS de mettre en œuvre ce projet d'équipe mobile d'addictologie en soins primaires.

(a51_rresume_du_protocole_18n27_equip_addict.pdf)

XIII. Bibliographie

1. Addiction: definition and implications – 1990 | Goodman A {En Ligne}
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
2. Addictions et risques psychosociaux – 2022 | Blanchard B {En ligne}
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-actif-2022-3,4-page-211.htm?ref=doi>
3. Addictions, Du plaisir à la dépendance – 2020 | Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (Inserm) {En ligne} <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
4. Alcool – Synthèse des connaissances | Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) {En ligne} <https://www.ofdt.fr/alcool-synthese-des-connaissances-1722>
5. Alcoolodépendance – 2024 | Service Public d'Information en Santé {En ligne}
<https://www.sante.fr/alcoolodependance>
6. Approche centrée sur l'addiction : une révolution | Auriacombe M {PDF}
7. Approche cognitivo-comportementale des addictions | Aubin H-J {PDF}
8. Article L3321-1 | Légifrance – Code de la Santé Publique {En ligne}
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031643382/
9. BEARNI : Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment – 2015 | Université Caen Normandie {PDF}
10. Comment soigne-t-on l'alcoolodépendance ? – 2023 | Vidal {En ligne}
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/traitement.html>
11. Conduites addictives et processus de changement – 2013 | Lançons C {Livre}
12. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients | Travail du ministère de la Santé {En ligne} <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>
13. Découverte du circuit de la récompense : Olds & Milner, 1954 – 2022 | Sandrine Beaudin
{En ligne} <https://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/neurosciences/actualisation-des-connaissances/circuit-de-la-recompense/contenus-et-figures-activites-pedagogiques/images-relatives-a-lactivite-pedagogique/experience-de-olds-milner-1954>
14. De l'alcoolisme à l'abstinence – 2002 | Jovelin E, Oreskovic A {Livre}
15. Définition du craving – 2020 | Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine {En ligne}
<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=craving>

16. Diagnostic territorialisé des Hauts de France – 2017 | Observatoire Régionale de la Santé et du Social {PDF}
17. Dopamine, learning and motivation – 2004 | Roy A.Wise {En ligne} <https://www.nature.com/articles/nrn1406>
18. Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire – 2009 | New York State Psychiatric Institute {PDF}
19. Entretien motivationnel – 2002 | Miller W & Rollnick S {PDF}
20. Famille et couple face à l'addiction – 2023 | Clara De Groot {PDF}
21. Fonds de Lutte Contre les Addictions – 2018 | FLCA {En ligne} <https://www.programme-sante-tabac-hdf.fr/11/fonds-de-lutte-contre-les-addictions>
22. Fonds d'interventions régional – 2024 | Agence Régionale de Santé Hauts-de-France {PDF}
23. Home-based detoxification for individuals with alcohol or drug dependence : A systematic review of the recent literature – 2024 | Rens E, Ceelen A, Martens N, Camp L, Destoop M {En ligne} <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dar.13986>
24. Intervention brève | Infodrog {En ligne} <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/intervention-breve.html>
25. Intervention brève en alcoologie | Couzigou P {En ligne} <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/499.pdf>
26. La Carbohydate deficient transferrin | Laboratoire B2A {En ligne} <https://b2a.fr/conseils/la-cdt-carbohydate-deficient-transferrin/>
27. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme – 2023 | Andler R {En ligne} https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html#:~:text=Depuis%20plusieurs%20décennies%2C%20les%20consommations,8%2C0%25%20en%202021
28. L'addiction à l'alcool – 2025 | Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles {En ligne} <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
29. L'entretien motivationnel pour préparer le changement – 2005 | LEVAVASSEUR E {En ligne} <https://www.analysesdespratiques.com/wp-content/uploads/2017/05/Lentretien-motivationnel2.pdf>
30. Le cercle de Prochaska et Di Clemente | Intervenir Addictions {En ligne} <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
31. Le Dernier Verre – 2024 | Marianne {Podcast}

32. Le questionnaire AUDIT – 2023 | Vidal {En ligne}
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/questionnaire-audit.html>
33. Les addictions 100 questions et réponses | Pr Rolland B {PDF}
34. Les signes de l'alcoolodépendance | VIDAL {En ligne}
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/diagnostic.html>
35. Les territoires de santé – 2010 | Agence régionale de santé Hauts de France {PDF}
36. Loi de modernisation du système de santé – 2016 | LégiFrance {En ligne}
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
37. Ma santé 2022 : un engagement collectif | Laetitia B & Pauline J {En Ligne}
<https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
38. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme – 2016 | Kbaier L
39. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement – 2023 | Société Française d'Alcoologie {PDF} https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2.pdf?_rt=MXwxfHJIY2h1dGV8MTczNjkyOTcwNw&_rt_nonce=9222a5fbdf
40. Motivational Interviewing with Problem Drinkers – 1983 | Miller W & Rollnick S {En ligne}
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0141347300006583/type/journal_article
41. Où en êtes-vous dans vos consommations ? | CH des Quatre Villes {En ligne}
<https://www.ch4v.fr/addictologie-et-alcoologie/ou-en-etes-vous-avec-vos-consommations/>
42. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte – 2021 | Haute autorité de santé {PDF}
43. Portrait socio-sanitaire du territoire d'Animation Santé Artois Douaisis – 2022 | Observatoire Régionale de la Santé et du Social. {PDF}
44. Portrait socio-sanitaire Hauts de France – 2023 | Observatoire Régionale de la Santé et du Social {PDF}
45. Projets Addictologiques avec les CPTS | Généralistes et Addictions HdF {En ligne}
<https://gahdf.fr/espace-ressources/projets-addicto/projets-addicto-cpts/>
46. Protocoles de soins équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) – 2018 | Structure Régionale d'Appui et d'Expertise Addictologie {PDF}
47. Questionnaire CAGE-DETA | Pr'agi'lab {PDF}
48. Qu'est-ce qu'une Communautés Professionnelles Territoriales de santé | APMSL {En ligne} <https://www.apmsl.fr/ressources/cpts>

49. Relapse prevention for addictive behaviors – 2011 | Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA {En ligne} <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
50. Schéma régionale de santé – 2023 à 2028 | Agence régionale de santé {PDF}
51. Score de Cushman | {PDF} https://www.librairiejle.com/contents/jle/doc/00/00/06/61/s4-score-de-cushmann.pdf?srsId=AfmBOoo_9aF4b85TjtIFj3AwkuCJVRIFCRcuaPwkFzoNQyOIFr5LPhaE
52. Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé – 2020 | Aissou M, Danos J-P, Jolivet A {Livre}
53. Trouble de l'usage | OFDT {En ligne} <https://www.ofdt.fr/glossaire/trouble-de-l-usage>

XIV. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire AUDIT	1
Annexe 2 : Questionnaire CAGE-DETA	3
Annexe 3 : Questionnaire FACE	4
Annexe 4 : Test BEARNI	5
Annexe 5 : Échelle EVA	8
Annexe 6 : Échelle ETIAM	9
Annexe 7 : Échelle OCDS.....	10
Annexe 8 : Échelle HAD	12
Annexe 9 : Échelle C-SSRS	13
Annexe 10 : Questionnaire sur les besoins de formation des professionnels de santé	15
Annexe 11 : Plaquette intervision de G&A	17
Annexe 12 : Questionnaire mémoire	18

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire AUDIT



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE AUDIT

(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	



QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcool-info-service.fr

Annexe 2 : Questionnaire CAGE-DETA



Questionnaire CAGE-DETA

Outil

2

Le test alcool DETA permet de repérer de manière simple et rapide les personnes dont la consommation d'alcool semble dangereuse.

Le sigle DETA signifie :

- D comme « diminuer » (renvoie à la question 1) ;
- E comme « entourage » (renvoie à la question 2) ;
- T comme « trop » (renvoie à la question 3) ;
- A comme « alcool » (renvoie à la question 4).

Questions :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	OUI-NON
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	OUI-NON
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	OUI-NON
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	OUI-NON

Résultats :

- **1 seule réponse positive** : votre consommation d'alcool semble occasionnelle et modérée. Vous pouvez facilement vous passer d'alcool sans que cela ne pose de problème particulier.
- **2 réponses positives ou plus** : votre consommation est excessive. Réduisez-la sans tarder pour éviter de développer un alcoolisme chronique (si ce dernier n'est pas déjà installé). Il vous est fortement conseillé de consulter un spécialiste de l'alcool.

Annexe 3 : Questionnaire FACE



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE FACE

(FAST ALCOHOL CONSUMPTION EVALUATION)

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et 4 chez les femmes, un mésusage est à suspecter.
- Pour les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcool-info-service.fr

Annexe 4 : Test BEARNI

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (âge) : _____ Années de scolarité : _____
 Date de l'examen : _____



Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment
Instructions pour l'administration et la cotation

BEARNI

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne
 1^{er} rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.
 2^{ème} rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.
 (Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : **1 minute**. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation
 Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
Pas de points				

II- ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne
 Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation
 2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.
 1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.
 0 point en cas d'échec aux deux essais.
Score total : maximum 8 points

ATAXIE EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

III- FLUENCES ALTERNÉES

Consigne
 Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devrez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc.... Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs). Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation
 0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)
 1 point si entre 5 et 9
 2 points si entre 10 et 14
 3 points si entre 15 et 19
 4 points si entre 20 et 24
 5 points si entre 25 et 29
 6 points si ≥30
Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,... Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctement fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES
<i>Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes</i>
Score total (score max 6) :

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne
 Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation
 0,5 point par essai correctement rappelé
Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	Note
1/ Essai 1 : V-K (K-V) Essai 2 : U-T (T-U)	
2/ Essai 1 : R-H-L (H-L-R) Essai 2 : I-F-B (B-F-I)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (A-H-T-X) Essai 2 : L-G-R-U (G-L-R-U)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (G-I-N-P-V) Essai 2 : Q-O-J-D-E (D-E-J-O-Q)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (C-E-H-S-T-V) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (A-D-I-L-R-T)	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmi les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. (Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation)

(Montrer un exemple avec la figure d'exemple.) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1^{ère} figure) ici et celle-ci ici (2^{ème} figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3

Figure complexe 2 : figures 1 et 4

Figure complexe 3 : figures 1 et 3

Figure complexe 4 : figures 2 et 4

Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Score total (score max 5):

VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. (appel : 1 minute)

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe...

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bêche	Étau	
11.	Jungle	Verger	
12.	Ceinture	Gants	

Score total (score max 6):

3

Figure d'exemple

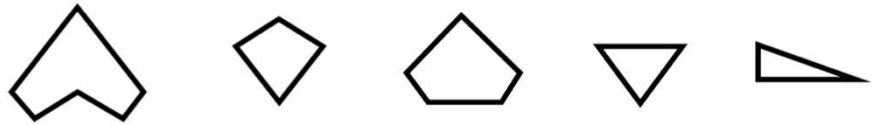
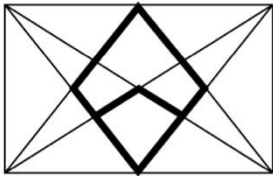


Figure 1

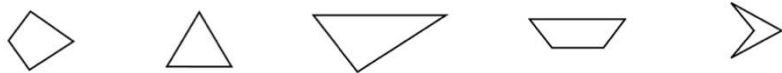
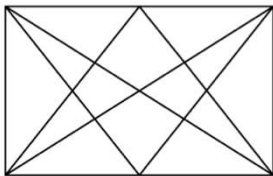


Figure 2

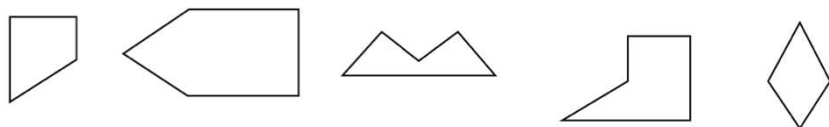
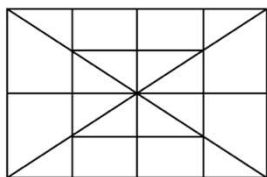


Figure 3



Figure 4

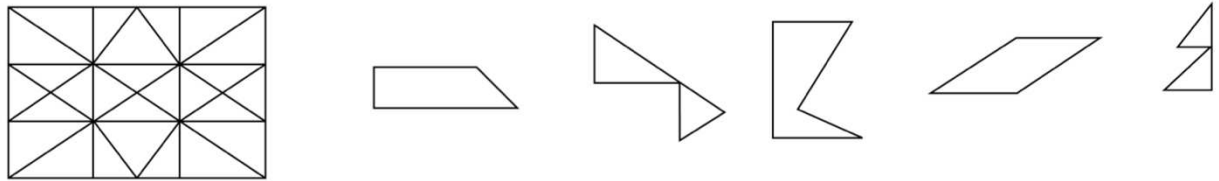
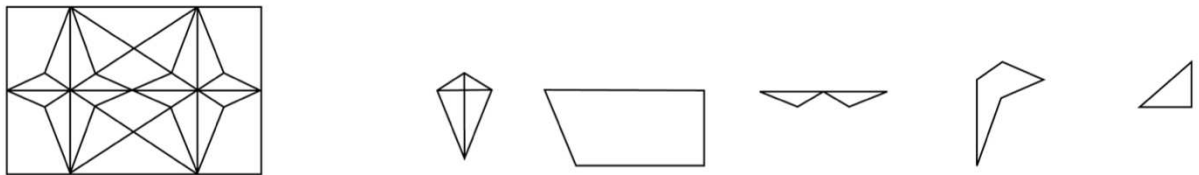


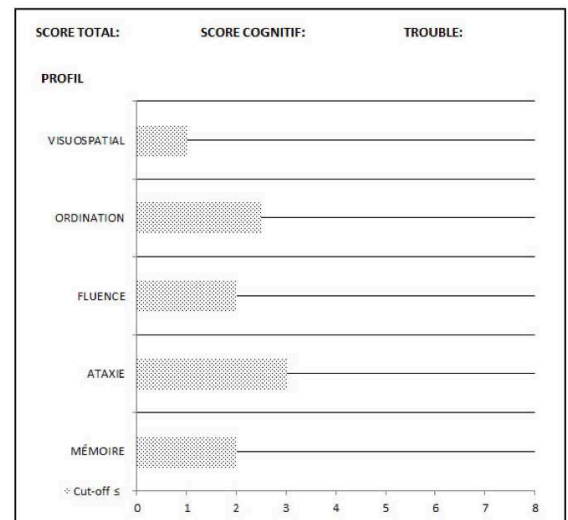
Figure 5



SCORES TOTAUX

Additionnez les points de chacun des subtests. Le score total est de 30 points.
 Il est possible de calculer un score cognitif, ne comprenant pas la cotation du subtest d'ataxie, lorsque les patients ne peuvent pas réaliser la tâche.
 Ce score total est de 22 points.

Subtests	Scores patient	Note maximum	Cut-off score
Mémoire :			
> Mémoire verbale		Pas de points	
> Mémoire verbale différée		6	≤ 2
Ataxie en équilibre		8	≤ 3
Fluence alternée		6	≤ 2
Ordination alphabétique		5	≤ 2,5
Capacités visuospatiales		5	≤ 1
SCORE TOTAL		30	
SCORE COGNITIF		22	

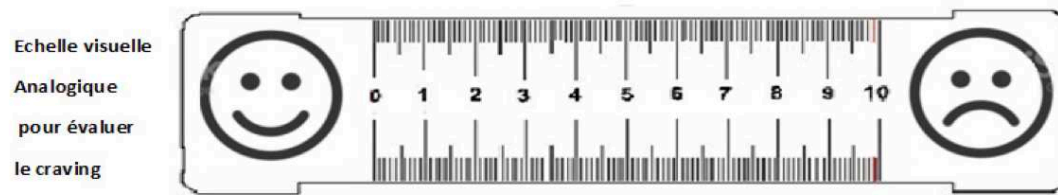


Cut-off scores des scores totaux
 Étant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés.
 Le baccalauréat correspond à 12 années d'études (ne pas compter les redoublements ni la maternelle).

		SCORE TOTAL	SCORE COGNITIF
≤ BAC	Trouble léger	≤ 19	≤ 15
	Trouble modéré	≤ 16	≤ 11,5
> BAC	Trouble léger	≤ 21	≤ 16
	Trouble modéré	≤ 17	≤ 12,5

Annexe 5 : Échelle EVA

Score de **CRAVING**



Annexe 6 : Échelle ETIAM

Echelle ETIAM

(Echelle temporelle d'intensité de l'appétence - moyenne sur 7 jours)

Cette échelle permet d'estimer les variations de l'appétence à l'échelle de la semaine, en tenant compte des différents aspects de l'appétence (éléments de dépendance physique, psychique, comportementale...) et des moments de la journée qui s'y associent. Il est recommandé de la remplir à jour fixe, par exemple tous les dimanches.

Dans la dernière semaine, comment décririez-vous votre envie de boire...

...au lever ?

0 1 2 3 4 5

... dans la matinée, entre le lever et le repas de midi ?

0 1 2 3 4 5

... au repas de midi ?

0 1 2 3 4 5

... dans l'après-midi, avant 17 heures ?

0 1 2 3 4 5

... après 17 heures et avant le repas du soir ?

0 1 2 3 4 5

... au repas du soir ?

0 1 2 3 4 5

... dans la soirée, après le repas du soir ?

0 1 2 3 4 5

(cotation de 0 à 5)

0 = aucune envie de boire

1 = envie de boire facile à repousser

2 = Envie de boire demandant un effort pour être repoussée, mais pas permanente

3 = Envie de boire provoquant une tension anxieuse

4 = Envie de boire contrôlée au prix d'une tension presque douloureuse

5 = Envie de boire ayant entraîné une consommation d'alcool

Total : [][]

Références :

P. MICHAUD, S. LANCRENON. Comment mesurer l'appétence ? Intérêt clinique comparé de deux instruments simples chez 1537 patients consultant en alcoologie dans le mois qui suit leur sevrage . Alcoologie et Addictologie, 2000 ; 22 (3):219-227

P. MICHAUD. Mesurer l'appétence avec l'échelle ETIAM en recherche et en clinique quotidienne. Courrier des addictions 2004 ; 6(2) : 80-84

Annexe 7 : Échelle OCDS

OCDS

→ Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.

Veillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool?

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

Q2 À quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 À quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

- 0 Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q8 Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?

- 0 Aucun
- 1 Pas plus d'un jour par semaine
- 2 De 2 à 3 jours par semaine
- 3 De 4 à 5 jours par semaine
- 4 De 6 à 7 jours par semaine

Q9 À quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

- 0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- 2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
- 3 Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle
- 4 Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

Q10 À quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

- 0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
- 2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales
- 4 Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

- 0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- 2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- 3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
- 4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?

- 0 Aucune
- 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

- 0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour?

- 0 Aucun
- 1 Moins d'un verre par jour
- 2 De 1 à 2 verres par jour
- 3 De 3 à 7 verres par jour
- 4 8 verres ou plus par jour

Q12 À quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

- 0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

Q13 À quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?

- 0 Je ne me sens pas poussé de tout
- 1 Je me sens faiblement poussé à boire
- 2 Je me sens fortement poussé à boire
- 3 Je me sens très fortement poussé à boire
- 4 Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool?

- 0 J'ai un contrôle total
- 1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
- 2 Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
- 3 Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté
- 4 Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

Interprétation du questionnaire OCDS

Calcul du score du questionnaire Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire (Obsessive Compulsive Drinking Scale)

Le questionnaire comprend 2 sous-échelles :

- Les questions 1 à 6 scorent les **Pensées Obsédantes** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 1 et 2, auquel on ajoute les scores des questions 3, 4, 5 et 6. Le score maximal sur l'échelle des pensées obsédantes est donc de 20.
 - o **PO** = $\max(q1, q2) + q3 + q4 + q5 + q6$
- Les questions 7 à 14 scorent les **Envies Compulsives** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 7 et 8, de même avec les questions 9 et 10, on ajoute les scores des questions 11 et 12, puis le score le plus élevé entre les questions 13 et 14.
 - o **EC** = $\max(q7, q8) + \max(q9, q10) + q11 + q12 + \max(q13, q14)$
- Le score total s'obtient par l'addition des scores PO et EC
 - o **Score total OCDS = PO + EC**

Pour indication, dans une étude de validation du questionnaire en français portant sur 50 alcoolodépendants en sevrage, abstinents depuis 2 semaines au maximum, voici les scores moyens obtenus :

- Score total : 11.3 ± 7.6
- Score PO : 5.9 ± 4.2
- Score EC : 5.5 ± 4.1

Réf: Anseau M, Besson J, Lejoyeux M, Pinto E, Landry U, Cornes M, Deckers F, Potgieter A, Ades J.

A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients: a validation study in Belgium, France, and Switzerland. Eur Addict Res. 2000 Jun;6(2):51-6.

Annexe 8 : Échelle HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cocher toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)		Depuis la dernière visite
<p>Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i>. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire, mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel.</p> <p>Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Où avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ? Où l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ?</p> <p>Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendoison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p>	
<p>Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p>	
<p>Préparatifs : Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'une méthode spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Comportement suicidaire : Un comportement suicidaire a-t-il été observé au cours de la période d'évaluation ?</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Suicide réussi :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Répondre en tenant compte des tentatives avérées uniquement</p>	<p>Tentative la plus létale Date: _____</p>	
<p>Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès</p>	<p>Inscrire le code correspondant _____</p>	
<p>Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles</p>	<p>Inscrire le code correspondant _____</p>	

Annexe 10 : Questionnaire sur les besoins de formations des professionnels de santé

1. Adresse e-mail *

2. Quelle est votre profession ?

Une seule réponse possible.

- Biologiste
- Infirmier(e)
- Kinésithérapeute
- Médecin Généraliste
- Orthophoniste
- Pharmacien
- Podologue
- Psychologue
- Sage-femme
- Autre : _____

3. Rencontrez vous des patients ayant des problématiques addictives ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. Abordez vous ces problématiques avec eux ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

5. Connaissez vous les professionnels de santé ou ressources du territoire vers lesquels orienter ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

6. Prenez-vous en charge vous-même des patients souffrant d'addictions ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Souhaitez vous développer vos compétences sur ces problématiques ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8. Souhaitez vous intégrer un groupe de travail afin d'améliorer la prise en charge du parcours de soins sur le territoire ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Annexe 11 : Plaquette intervision de G&A

Qui sommes-nous ?

Une Association riche de **près de 30 ans d'expérience**, créée par des médecins généralistes :

- Soucieux de mieux accompagner les patients addicts
- et convaincus que la prise en charge des situations complexes ne peut se faire seul.

Notre mission

- Offrir aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, la possibilité de faire appel à une concertation pluridisciplinaire, l'Intervention.
- Mettre à disposition, lors de l'Intervention, l'expertise de professionnels en addictologie.
- Organiser, coordonner et suivre les Interventions sur l'ensemble des Hauts de France, en lien avec les CSAPA, les centres hospitaliers et les nouvelles organisations de soins : CPTS, MSP, etc.
- Développer le travail de concertation et favoriser l'échange de pratiques en addictologie.

Notre implantation

Notre Association est basée sur Lille avec une vingtaine de pôles d'Intervention sur le Nord-Pas-de-Calais et un développement en cours sur la Somme, l'Oise et l'Aisne.



L'Intervention

Mode d'emploi

Vous êtes médecin généraliste, pharmacien, professionnel de santé, travailleur social, ...

Vous rencontrez des difficultés avec l'un de vos patients/usagers, sa situation nécessite une concertation pluridisciplinaire ?

Contactez
Généralistes
et Addictions HdF

03 20 52 35 25
contact@gahdf.fr

Les Interventions peuvent être organisées localement sur l'ensemble des Hauts de France, à la demande d'un professionnel avec l'accord préalable du patient.

Financée par l'ARS Hauts de France, notre Association assure la coordination & le suivi des Interventions et indemnie les professionnels libéraux (médecin généraliste, pharmacien, IDE, sage-femme...) pour leur participation.



Ensemble pour la coordination du parcours de soins



L'Intervention

Une réunion de concertation au service des médecins généralistes et des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, concernés par des patients/usagers ayant une problématique d'addiction, en situation complexe.

Un outil soutenu par



Généralistes et Addictions Hauts de France
73 bd de la Moselle 59000 Lille / 03.20.52.35.25 / contact@gahdf.fr
Association Loi 1901 Siret : 400 014 866 00026

L'Intervention

L'Intervention permet de ne pas travailler seul, d'échanger sur sa pratique, de progresser, de se renouveler et de créer du lien entre les différents champs, lieux d'exercice et approches thérapeutiques.

L'Intervention

Un outil au bénéfice de la personne addictive en situation complexe pour l'aider à :

- être acteur de son parcours de soins, s'approprier son projet thérapeutique,
- bénéficier d'une continuité et d'une cohérence des soins prenant en compte ses besoins, ses ressources et son environnement familial, social et professionnel,
- accéder plus facilement aux soins,
- prévenir les risques de rupture de parcours de soins et de nomadisme.

comorbidités polyconsommation dépendance isolement précarité problèmes financiers délit difficultés familiales perte d'emploi instabilité nomadisme rupture de parcours conduites à risques mésusage de traitement consommation massive difficultés sociales stigmatisation maladie chronique

situation complexe



Un outil au service des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Se réunir autour du cas Patient et de sa problématique pour :

- croiser les regards,
- mieux comprendre sa situation,
- apporter de la cohérence et de la complémentarité dans le parcours de soins,
- débloquer des situations, prévoir des relais,
- définir les options d'accompagnement prioritaire,
- rompre l'isolement dans une situation problématique et prévenir l'épuisement ou le sentiment d'impuissance.



Une Charte de l'Intervention précise la place et le consentement du patient, la confidentialité des propos, et le respect de chacun des acteurs.

Témoignages de participants aux Interventions

“ L'Intervention, un moment-clé du parcours de soins du patient, un outil de concertation pluridisciplinaire et de partage des pratiques entre professionnels ”



“ Être avec des professionnels, exposer directement ses difficultés, débattre, discuter : il n'y a pas d'autre endroit où on peut le faire...”

“ C'est aussi un lieu de partage d'expérience, on apprend toujours, on se remet en cause, on confronte nos visions, on avance. ”

“ L'Intervention permet de regarder autrement, de se décentrer pour pouvoir mieux accompagner. ”

“ Chacun a le sentiment d'avoir créé du lien, d'avoir pu élargir son réseau, créer de nouvelles alliances de travail. ”

“ Ça redonne un nouveau souffle à ma prise en charge. ”

Annexe 12 : Questionnaire mémoire

Mémoire de fins d'études

Bonjour,

Je suis Clara Mercier, étudiante en master 2 Coordination des Trajectoires de Santé au sein de l'UFR3S - Ingénierie et Management de la Santé (ILIS - Université de Lille), je réalise mon mémoire de fin d'études sur la création d'une équipe de soins primaires pour les patients alcoolodépendants.

Ce questionnaire est anonyme s'adresse à toutes personnes étant ou ayant été en situation d'addiction à l'alcool (alcoolodépendance).

Vos réponses me seront d'une grande aide pour mon mémoire et ne seront pas conservés au-delà de ma soutenance.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : clara.mercier.etu@univ-lille.fr

1- Quel est votre genre ?

- Homme
- Femme
- Ne préfère pas répondre

2- Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 34 ans
- Entre 35 et 44 ans
- Entre 45 et 54 ans
- Entre 55 et 64 ans
- 65 ans et plus

3- Votre situation professionnelle ?

- En emploi
- Sans emploi
- En arrêt maladie
- Retraité
- Étudiant

4 – A quel âge avez-vous commencé à consommer de l'alcool de manière régulière (C'est-à-dire au moins trois fois par semaine, voire tous les jours, pendant plusieurs mois) ?

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 18 ans
- Entre 19 et 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 57 ans
- A plus de 58 ans

5 – Êtes-vous abstinent

- Oui
- Non

6 – Si oui, depuis combien de temps ?

- Moins de 6 mois
- 6 à 12 mois
- 1 à 2 ans
- Plus de 2 ans
- Plus de 10 ans

7 – Avez-vous déjà fait une cure de sevrage ?

- Oui
- Non

8 – Si oui, comment ?

- En service hospitalier
- A domicile
- De vous-même

9 – Qui est à l'initiative de votre ou vos cures ? (plusieurs réponses possibles)

- Votre famille
- Votre médecin traitant
- Vous-même

10 – Qu'est-ce qui vous a poussé à chercher de l'aide ? (plusieurs réponses possibles)

- Votre famille
- Vos amis
- Votre employeur
- Vous-même
- Des problèmes de santé
- Le décès d'un proche
- La perte de votre emploi
- Un changement de situation familiale

11 – Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi, à la suite de votre sevrage ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12 – Si oui, de quelle manière ?

- Réponse à saisie libre

13 – Après le sevrage, avez-vous rencontré des difficultés suivantes (plusieurs réponses possibles)

- Isolement social
- Stress/Anxiété
- Dépression
- Craving/envie de consommer
- Problèmes financiers

14 – Avez-vous rechutez depuis votre sevrage initial ?

- Oui
- Non

15 – Si oui, combien de fois ?

- Réponse à saisie libre

16 – Lors des moments de tentation, qu'est-ce qui vous a aidé à ne pas rechuter ? (plusieurs réponses possibles)

- Soutien familial
- Groupe de parole (ex : Alcooliques Anonymes)
- Suivi médical
- Suivi psychologique
- Activités de sport ou de loisirs
- Rien de particulier
- Ne me sent pas concerné

17 – Quels éléments vous sembleraient utiles pour éviter une rechute (plusieurs réponses possibles)

- Suivi médical régulier
- Soutien psychologique
- Visites à domicile
- Groupe de paroles (ex : Alcooliques Anonymes)
- Ligne d'écoute 24h/24
- Application mobile de suivi
- Accompagnement à la sortie et à la reprise de vie

18 – Pensez-vous qu’une équipe de soins primaires pourrait vous être utile pour éviter une rechute ?

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, un peu
- Oui, tout à fait

19 – Quelles formes de soutien attendez-vous d’une équipe de soins primaires ? (plusieurs réponses possibles)

- Visites régulières à la sortie
- Entretien motivationnel
- Aide à la gestion du stress et de l’anxiété
- Soutien pour l’entourage
- Conseil social/Accompagnement administratif
- Accompagnement à la réinsertion professionnelle
- Accompagnement à la reprise de vie

20 – Quelles compétences vous sembleraient essentielles chez les membres de cette équipe (plusieurs réponses possibles) ?

- Écoute et bienveillance
- Connaissance en addictologie
- Capacité à intervenir en urgence
- Formation psychologique
- Expérience personnelle de l’addiction
- Capacité à collaborer avec vos équipes de soins habituelles

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Vos réponses contribueront directement à l'avancement de mon mémoire sur la prévention des rechutes chez les personnes alcoolodépendantes.