

Les sélections documentaires de NADJA – Janvier 2023



Addictions.

**L'accompagnement et le sevrage de la
personne en difficulté avec l'alcool**

Ces documents sont disponibles en ligne ou à la demande

Nadja Asbl – Rue Souverain Pont, 56 – 4000 LIEGE -

http://www.nadja-asbl.be/PMB/opac_css/

Avec le soutien de



Le centre de documentation de Nadja vous propose une sélection de ressources documentaires sur le thème « **L'accompagnement et le sevrage de la personne en difficulté avec l'alcool** ».

Les ouvrages – en prêt au centre de documentation- s'adressent aussi bien aux professionnels engagés dans l'accompagnement et le soin aux personnes en difficulté avec l'alcool, qu'aux consommateurs et à leur entourage. Ils ont pour objet de fournir des clés de compréhension de la problématique alcoolique et de proposer des pistes pour surmonter le problème et engager un processus de changement.

Les articles, accessibles en ligne, abordent plus spécifiquement la question du sevrage alcoolique, pour la plupart en milieu hospitalier. Ils sont destinés aux soignants désireux d'obtenir des ressources quant aux questions posées dans ce cadre.

Un clic sur le titre d'une notice renvoie vers celle-ci dans la base documentaire de Nadja <https://pmb.nadja-asbl.be/>. Les liens vers les documents sur leurs sites d'origine sont indiqués lorsque ceux-ci sont disponibles gratuitement en ligne. Les ouvrages en prêt sont disponibles au centre de documentation, il est demandé de prendre un rendez-vous par mail : documentation@nadja-asbl.be

L'accompagnement de la personne en difficulté avec l'alcool.

Livres en prêt au centre de documentation

[Surmonter un problème avec l'alcool](#)

de Lucia Romo, Pierluigi Graziani

Paris (Paris) : Dunod, 2015, 231 p. (Mon cahier d'accompagnement)



"Vous-même ou un proche êtes en difficulté avec l'alcool ? Vous vous demandez pourquoi vous avez tellement envie de boire ? Comment reprendre le contrôle de votre consommation et de votre vie ? Si vous devez vraiment changer ? Si c'est possible ? Vous ne comprenez pas pourquoi votre proche s'alcoolise alors qu'il en connaît les risques pour sa santé ? Vous ne savez pas comment communiquer avec lui ? Ce guide présente des outils d'information et d'évaluation, des adresses utiles, des suggestions et des exercices concrets pour accompagner votre réflexion. De nombreux exemples, cas types et témoignages, vous aideront à sortir de votre isolement."

[L'alcoolique les proches le soignant](#)

de GOMEZ H.

Paris (Paris) : Dunod, 2003, 174 p. (Psychothérapies)



La 'problématique alcoolique' concerne directement cinq millions de nos concitoyens. Mais notre société est sans pitié pour celui qui ne sait plus boire. Elle le reconnaît alcoolique pour le condamner. Elle ignore son humanité et se détourne de ce qu'il tente de masquer. L'organisation du soin est l'exact reflet de ce rejet : si vous avez un problème cardiaque vous n'aurez aucune difficulté à trouver un cardiologue dans l'annuaire des spécialistes. Si vous avez un problème d'alcool ne cherchez pas. Un tel soignant n'a pas droit de cité. L'ambition de ce livre est de contribuer à changer les regards portés sur la problématique alcoolique d'aujourd'hui et de proposer des pratiques de soin profondément renouvelées. Cet ouvrage s'adresse à toute personne qui à un titre ou à un autre se sent concernée : personne en difficulté avec l'alcool - spécialiste et étudiant de la souffrance psychique - praticien - acteur du champ médical et social - décideur politique ou administratif (résumé d'auteur).

[Comprendre et accompagner le patient alcoolique. Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe](#)

de MONJAUZE M.

Paris : In Press, 2008, 208 p.



Face au patient alcoolique, les soignants en alcoologie - infirmières, médecins, éducateurs, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens ... - sont souvent démunis et désorientés: ils doivent tout à la fois soigner et aider sur le plan psychologique. L'objectif de cet ouvrage est de sensibiliser l'équipe soignante à la relation avec les

alcooliques afin d'assumer les multiples prises en charge psychologiques de ces patients. Ce livre aidera les soignants à mieux envisager les problèmes psychiques spécifiques aux alcooliques : Quelle image ont-ils de leur corps? Quelles sont leurs représentations spatiales et temporelles? Quel est leur rapport à la loi? Comment vivent-ils le sentiment de honte? Il s'agit de mieux comprendre leur fonctionnement, non pour leur prescrire une conduite, mais pour les aider à se reconstruire, à assumer leur maladie et à retrouver une place familiale et sociale. Sur le plan des prises en charge psychologiques, ce livre vient combler une lacune des cursus d'enseignement en exposant clairement les techniques des entretiens individuels et familiaux, ainsi que les pratiques des différents groupes thérapeutiques. Cet ouvrage intéressera toute l'équipe soignante, la prise en charge des alcooliques étant insérée dans un réseau de soins et d'interventions multiples.

[La dépendance à l'alcool. Guide de traitement combiné](#)

de DAEPEN J.B.

Paris : Flammarion médecine sciences, 2009, 104 p. (Formation Permanente)



La lutte contre l'alcoolisme est l'un des enjeux majeurs des politiques de santé publique. Parallèlement à d'importants progrès dans les connaissances scientifiques au sujet de cette maladie, la prise en charge de l'alcoolisme a évolué vers un modèle thérapeutique fondé sur les preuves. Ce guide propose d'associer les quatre formes de traitement reconnues aujourd'hui comme les plus efficaces: l'entretien motivationnel, les approches cognitivo-comportementales, une intervention sur l'environnement incluant notamment une participation active des proches et un traitement médicamenteux spécifique. Par une série de dialogues avec le patient, de conseils pratiques aux soignants, de questionnaires d'investigation et de suivi, ce livre, unique et original, constitue une aide pratique pour toute personne confrontée à la prise en charge médicale d'un sujet alcoolodépendant.

[L'hospitalisation brève en alcoologie](#)

de GOMEZ H.

Toulouse : Erès, 2012, 244 p. (Bacchus)



Comme l'a manifesté le phénomène médiatique du Baclofène, les personnes concernées par la dépendance et par la perte de contrôle de leur consommation d'alcool tardent à exprimer leur problème. À côté de la honte et du déni, l'absence de soin accessible et crédible représente un frein pour des démarches au moment où la relation à l'alcool devient critique. Paradoxalement, ce sont les alcooliques non marginalisés qui disposent encore d'atouts appréciables d'un point de vue social, familial et culturel, qui sont les plus mal lotis. Depuis vingt-cinq ans, Henri Gomez a développé une méthodologie qui vise à rendre plus efficient le soin alcoologique. L'hospitalisation brève en alcoologie (HBA), telle qu'elle est ici justifiée et explicitée, est une des pièces maîtresses de ce dispositif qui vise à dépsychiatriser autant que

faire se peut l'alcoologie en aidant les personnes en difficulté avec l'alcool à se prendre véritablement en main. En alternative à la plupart des cures classiques, l'HBA se déroule sur une semaine. Son contenu psychothérapique est diversifié, de type intégratif : alcoologique, psychanalytique, systémique, comportemental, philosophique, culturel. L'HBA s'appuie sur l'engagement au long cours des soignants et des patients, sur un travail de groupe et l'implication d'associations de bénévoles abstinentes.

[Sortir l'alcoolique de son isolement](#)

de DE TIMARY P., TOUSSAINT A.

Bruxelles : De Boeck, 2014, 389 p. (Carrefour des psychothérapies)



C'est probablement parce qu'ils s'isolent socialement que les alcooliques ne parviennent pas à enrayer la dynamique destructrice de laquelle ils sont prisonniers. Leur isolement peut être temporaire et tout à fait réversible ou, au contraire, relever d'une dimension beaucoup plus profonde, tel que le syndrome d'auto-exclusion. Dans les deux cas, la qualité de la rencontre avec le soignant est primordiale. Rassemblant les contributions de professionnels de la santé d'horizons divers (médecins, psychiatres, gastroentérologues, psychologues, infirmières) et de scientifiques (chercheurs en psychologie, en neurosciences et en économie de la santé), *Sortir l'alcoolique de son isolement* décrit toutes les particularités et les difficultés de la rencontre avec le patient alcoolique, et fait le point sur les approches à développer pour que celle-ci survienne dans les meilleures conditions. En outre, s'entremêlent à ces considérations cliniques les avancées les plus récentes en alcoologie, dans un langage toujours clair et accessible. Pratique, cet outil intéressera tous les professionnels confrontés à la problématique alcoolique, ainsi que les étudiants durant l'apprentissage des questions cliniques. Il aidera également les sujets alcooliques et leur famille à mieux saisir les processus dans lesquels ils sont enfermés et fournira, à travers des descriptions cliniques, des clés pour enrayer la spirale addictive.

[La rencontre thérapeutique avec l'alcoolique](#)

de SINGAINY E.J.D.

Paris : L'Harmattan, 2013, 390 p.



Au risque de surprendre plus d'un, l'auteur est ici à distance de tout discours qui viendrait affirmer que l'alcoolisme serait objectivement maîtrisable, c'est-à-dire explicable dans sa dimension psychologique, médicale ou encore comportementale. L'alcoolisme échappe à toute standardisation, à toute mesure. Dans cet ouvrage, l'auteur tente de penser le possible de cette expérience 'impossible' : la rencontre thérapeutique avec l'alcoolique. La proposition essentielle de son propos est que cette rencontre, si elle a lieu, est toujours un moment qui ne laisse pas indemne le thérapeute, elle est une manière nouvelle de comprendre ce qui lui arrive, ce qui se dé construit sous ses yeux : elle est un événement. Curieuse conséquence à cela: prendre soin de

l'alcoolique, cest être incapable de voir à la fois le chemin qu'on lui fait prendre et le but auquel celui-ci mène. Autrement dit, là où on déduit, démontre, normalise, l'auteur propose une autre voie sans pour autant conclure, c'est-à-dire une clinique du 'renversement' qui nous rappelle à nous-mêmes, à notre propre humanité. À travers l'apport de la littérature, de la phénoménologie, de la philosophie, de la psychanalyse et de la psychopathologie, cet ouvrage est aussi une invitation à partager un lieu où le familier se confronte à de l'inattendu, au non encore connu.

[Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic](#)

de BENYAMINA A., REYNAUD M., AUBIN H.J.

Issy-les-Moulineaux : Masson, 2013, XII - 360 p. (Médecine et psychothérapie)



La co-occurrence de conduites addictives et de pathologies mentales est fréquente. Les relations entre troubles addictifs et troubles psychiatriques sont complexes et nécessitent une étude approfondie. Qu'il s'agisse de troubles mentaux facteurs d'addictions (vulnérabilité et automédication) ou d'addictions causes de troubles mentaux (effets pharmacologiques délétères et conséquences négatives de l'addiction), le double diagnostic implique une prise en charge spécifique. Cet ouvrage, à la fois théorique et pratique, offre au praticien toutes les informations indispensables à la prise en charge d'un patient présentant un double diagnostic. Après un rappel des aspects neurobiologiques et des troubles liés à l'alcoolisme, il présente les spécificités de chaque population (adolescent, femme, personne âgée, etc.), puis il précise les comorbidités (alcool et troubles anxieux, alcool et troubles bipolaires, etc.), et enfin propose des pistes thérapeutiques pour la prise en charge des patients. Permettant une meilleure compréhension des comorbidités entre troubles addictifs et troubles mentaux, cet ouvrage fournit tous les outils nécessaires à une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement des patients vers la guérison.

[Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool](#)

de GOMEZ H.

Paris (Paris) : Dunod, 2014, 368 p. (Psychothérapies)



Une personne comprend qu'un proche ou elle-même a un problème avec l'alcool. Vers qui se tourner ? Où trouver de bonnes réponses ? Comment éprouver du plaisir à vivre ? Compte tenu de la situation concrète de l'alcoolologie, un guide pratique s'imposait pour accompagner la personne en difficulté aux quatre temps de son parcours avec l'alcool : Au temps de l'identification du problème et des premières démarches, Au temps de la prise en charge initiale, dans cette période particulière au cours de laquelle il est nécessaire d'intégrer des messages clés et de trouver des appuis durables, Pendant la première année qui suit, car c'est la période de tous les dangers, Au-delà, toute la vie, car le risque de réalcoolisation demeure alors qu'un

travail sur soi est devenu possible. L'ouvrage conçu par Henri Gomez tire sa substance de près de vingt ans de pratique quotidienne, en lien avec une association de recherche clinique et d'entraide en alcoologie, issue du soin. Il donne des armes éprouvées à des laissés pour compte : les alcooliques, ceux qui peuvent le devenir, leurs proches, les soignants et les intervenants de structures d'alcoologie qui se risquent dans l'aventure de l'accompagnement.

[L'alcoolisme est-il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale](#)

de Philippe De Timary

Bruxelles : Mardaga, 2016, 175 p. (Santé en Soi)



L'auteur explique les logiques biologique, affective, neurologique et sociale qui peuvent conduire une personne à développer une problématique alcoolique. Il insiste sur le lien fréquent entre une émotion insupportable et le recours à l'alcool. Il décrit aussi les effets de l'alcool sur l'humeur, les processus de pensée et le rapport aux autres. Comment déjouer les pièges de l'alcool ? Que peut faire la famille face à l'alcoolisme ? Quels sont les traitements à envisager ? Abstinence ou modération ? Quel est le rôle de la société face à ce fléau ? Exemples à l'appui, l'auteur répond à toutes ces questions.

[Des buveurs aux urgences. L'alcoolisme à l'épreuve de la discipline](#)

de Odile Piriou, Jérôme Thomas

Reims : EPURE (Editions et presses universitaires de Reims), 2018, 130 p.



Y a des bourrés de la nuit pour les chercheurs ?' Tel est notre premier contact abrupt avec un service d'urgence d'un hôpital général parisien. Trois ans d'immersion dans des hôpitaux ont permis de comprendre pourquoi des spécialistes du soin échouent à inclure dans leur clinique des patients qui manifestent une jouissance peu conciliable avec les représentations que les soignants se font d'un vrai malade. A l'impossible désignation et traitement par la clinique routinière se substitue alors une prise en charge disciplinaire qui prend parfois des allures punitives. Cet ouvrage consiste à analyser les logiques et mécanismes qui s'appliquent, dans l'urgence, aux patients alcooliques. S'appliquer n'est cependant pas s'imposer. Le traitement réservé à ces patients ne peut se comprendre qu'à considérer que la discipline est une dynamique résultant de la confrontation entre un dispositif et des subjectivités dont l'issue ne peut être déterminée a priori.

Assujettissement, menace, écoute, du côté du soignant ; soumission, résistance, compromis, du côté du patient, telles sont les configurations possibles entre les acteurs de la prise en charge et les sujets du soin. L'approche clinique privilégiée dans cet ouvrage, alliant ethnographie, sociologie et psychanalyse, a précisément permis de reconstituer les dimensions sociales et psychiques qui font de l'urgence, pour les patients et les soignants qui les prennent en charge, un moment éminemment politique. [résumé d'éditeur]

Le sevrage alcoolique. Articles

[Approche diététique des patients présentant une conduite addictive](#)

de STANZIONE M.A., DELAMARE M., GABRIEL I.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 27 n° 1 (MARS 2005), pp. 53-56

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Cette étude a pour objectif de conforter le corps médical quant à la nécessité d'un suivi nutritionnel du malade alcoolo-tabagique. Nous avons utilisé la méthode des enquêtes alimentaires sur un échantillon de malades reçus au Centre Louis Sevestre durant un mois. Nous présentons les actions mises en oeuvre face aux constatations recueillies. Nous concluons qu'une action diététique est à promouvoir de façon plus importante en alcoologie et en tabacologie.

[Evaluation de la mémoire et des fonctions exécutives chez des alcooliques sevrés](#)

de COUVILLERS F., QUAGLINO V., VALOT L., et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 27 n° 1 (MARS 2005), pp. 13-19

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

[L'alcoologie dans le cadre d'un hôpital local](#)

de ALEX J.F.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 28 n° 4 (DECEMBRE 2006), pp. 369-373

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

"Cet article décrit les modalités de prise en charge de malades alcooliques pour un sevrage en hôpital local de proximité par un médecin généraliste. Il met en avant les avantages (coût, proximité, disponibilité ...) et les limites de cette prise en charge (sélection des patients par un entretien préalable, limites du plateau technique, formation du personnel ...) en milieu institutionnel non spécifique. L'auteur apporte des arguments en faveur de "l'utilisation de la structure d'un hôpital local par des médecins généralistes pour effectuer des sevrages alcooliques et des consultations délocalisées du Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), véritable interface de proximité entre les secteurs hospitaliers spécialisés en alcoologie, éloignés du lieu de vie des patients, et les centres de cure et de postcure dont les délais d'admission sont parfois très longs."

[Crises convulsives au cours de sevrages alcooliques programmés : facteurs de risque et place de la dépendance aux benzodiazépines](#)

de LECAILLIER D., WOHL MINOTTE N., MICHAUD P.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 29 n° 3 (SEPTEMBRE 2007), pp. 233-242

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Contexte : les crises convulsives généralisées (CCG) sont une complication classique du sevrage chez les alcoolodépendants. la conférence de consensus de 1999 préconise, chez les sujets à risque de complications de sevrage, un traitement préventif par benzodiazépines (BZD). leur utilisation a réduit la fréquence des épisodes convulsifs de 10 % à 2 %. Notre objectif a été d'étudier les circonstances d'apparition de CCG survenant malgré l'usage extensif des BZD lors du sevrage. Méthode : nous avons mené une étude rétrospective cas-témoins en colligeant sur cinq ans (correspondant à 2272 hospitalisations) les épisodes de CCG survenus lors de sevrages programmés dans une unité hospitalière d'alcoologie, que nous avons comparés à autant de situations de sevrage simple concernant des sujets de mêmes sexe, âge et antécédents de convulsions. Résultats: nous avons retrouvé 39 épisodes de crises convulsives survenant au cours de 27 hospitalisations (1,2 %). l'échantillon global des cas et des témoins a pour âge moyen 44 ans et comporte 14 % de femmes. les patients qui convulsent sont plus souvent traités par BZD à demi-vie longue avant leur admission ($p < 0,05$). Ils sont plus souvent en hyponatrémie à leur arrivée ($p = 0,045$) et on note un traumatisme crânien dans leur histoire récente ($p = 0,054$). Enfin, les écarts au protocole de sevrage établi dans ce service d'alcoologie sont plus nombreux chez les cas - choix de la molécule ($p = 0,01$) ou erreur de distribution ($p = 0,003$) -. Discussion: la survenue de CCG lors d'un sevrage programmé est significativement associée à des situations repérables et/ou évitables (épisode récent de trauma crânien, hyponatrémie, dépendance à une BZD, sous-emploi du diazépam). Nous insistons sur le rôle que semble jouer l'usage excessif des BZD avant l'arrêt de l'alcool, qui fait probablement de certaines de ces CCG des accidents de sevrage aux BZD.

[La substitution nicotinique lors du sevrage alcoolique](#)

de PREVOST C., DILMI N., DALLY S.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 31 n° 2 (JUIN 2009), pp. 141-144

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

L'objet de ce travail a été d'évaluer la place des substituts nicotiques chez des patients fumeurs hospitalisés pour un sevrage alcoolique et non désireux d'arrêter le tabac. A leur admission, des substituts nicotiques leur ont été proposés, et nous avons observé, entre les troisième et dixième jours d'hospitalisation, l'évolution de leur consommation journalière de cigarettes, du taux de CO expiré, du rapport cotinine/créatinurie et des signes de sevrage tabagique par le craving et l'échelle du Minnesota. Nous avons observé une diminution du nombre de cigarettes fumées chez les patients ayant bénéficié des substituts. Dans un objectif de réduction des risques, la diminution tabagique, même si elle ne constitue qu'un pis-aller, peut constituer une première démarche vers l'arrêt complet.

Réalcoolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage. Quelques facteurs favorisants

de DOSSA M., GUIBERT S., PERAULT L., et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 31 n° 3 (SEPTEMBRE 2009), pp. 247-250

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

La rechute éthylique chez les patients alcoolodépendants est fréquente, mais pourquoi certains se réalcoolisent-ils, notamment lors de la phase hospitalière de leur prise en charge ? L'objectif de cette étude est d'apporter quelques éléments de réponse à cette question. Nous avons comparé deux groupes de patients alcoolodépendants hospitalisés en unité spécialisée d'alcoologie. Le premier groupe est composé de 29 patients qui se sont réalcoolisés pendant l'hospitalisation et le second de 28 patients qui ne se sont pas réalcoolisés. Nous avons retrouvé que les facteurs de risque d'une réalcoolisation pendant l'hospitalisation sont socio-environnementaux (isolement affectif, désinsertion professionnelle), psychopathologiques (forts scores d'impulsivité et de recherche de sensations), motivationnels (demande d'hospitalisation suscitée par un tiers, hospitalisation sous contrainte, motivation pour l'abstinence absente ou faible) et des facteurs de sévérité de l'alcoolodépendance (un fort score d'AUDIT, nombre d'hospitalisations antérieures pour éthyliste = 5, évaluation par le patient des dommages liés à l'alcool comme étant très importants). Ceux qui se réalcoolisent ne sont pas ceux qui ignorent les conséquences négatives de l'alcoolisme. Ces facteurs se retrouvent dans la littérature soit comme des indicateurs d'une alcoolodépendance grave, soit comme des facteurs de mauvais pronostic pour l'abstinence.

Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés

de PALLE C., DAOUST M., HOUCHI A., et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 32 n° 1 (MARS 2010), pp. 15-23

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a réalisé, en collaboration avec la Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie (FNESAA) et la Société française d'alcoologie (SFA), une enquête sur les principales caractéristiques des personnes dépendantes de l'alcool prises en charge dans le dispositif résidentiel spécialisé non lucratif. L'objectif était également de pouvoir comparer le public accueilli dans les structures résidentielles avec celui des structures ambulatoires, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). L'enquête a été menée sur une période de quelques jours en juin ou en juillet 2006 auprès de l'ensemble des personnes résidant dans les établissements adhérents de la FNESAA. Les questions, en partie identiques à celles proposées en routine dans les fiches d'accueil des CCAA, étaient posées par des membres des centres aux résidents. Des questionnaires ont ainsi été remplis par 902 patients admis ou hébergés dans 29 centres différents, 13 établissements n'ont pas

renvoyé de questionnaires. Les personnes vues dans le dispositif résidentiel spécialisé sont pour les deux tiers âgés de 40 à 59 ans (moyenne d'âge de 44 ans) et sont à 80 % de sexe masculin. Cette population comprend une part de personnes défavorisées sur le plan socioéconomique plus élevée que dans l'ensemble de la population française. La plupart de ces patients sont fumeurs (94 %), et parmi eux, la grande majorité consomme plus d'un paquet par jour. Une forte minorité, âgée en général de moins de 45 ans, fume également du cannabis (19 %). Les trois quarts des patients accueillis dans ces centres ont déjà effectué un sevrage auparavant. La démarche de soins a été engagée dans la moitié des cas avec un médecin de ville, un quart des cas avec un professionnel du soin exerçant à l'hôpital et 10 % des cas avec un intervenant d'un centre spécialisé. Une comorbidité psychiatrique est mentionnée pour 85 % des patients, les troubles anxieux et dépressifs apparaissant le plus souvent (68 % des cas). Sur le plan somatique, les pathologies les plus fréquemment citées sont celles qui touchent l'appareil digestif (19 % des patients), et en particulier les maladies alcooliques du foie (9 %), celles du système nerveux (17 %) avec notamment les polynévrites (8 %) et les épilepsies (5 %). La comparaison avec le public accueilli dans les CCAA restreint aux seuls alcoolodépendants fait apparaître une assez grande similitude des profils, avec néanmoins une plus grande proportion de personnes socialement désinsérées, d'antécédents d'hospitalisation pour motif psychiatrique et de consommateurs de cannabis parmi les personnes admises ou hébergées dans les structures résidentielles.

[Evolution des émotions et de la satisfaction corporelle. Suivi de six mois après sevrage d'alcool](#)

de BESANCON C., SULTAN S.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 32 n° 1 (MARS 2010), pp. 25-32

En ligne : www.alcoologie-et-addictologie.fr...

L'objectif de cette recherche était d'identifier des indices cliniques utiles à la planification de traitement, en étudiant des caractéristiques psychologiques permettant de prédire la réceptivité des patients alcoolodépendants à un programme thérapeutique d'aide au maintien de l'abstinence. 30 patients ont participé à cette étude longitudinale exploratoire (âge : 47 ± 10 ans, 23 hommes et sept femmes). Nous avons confronté différentes caractéristiques psychologiques mesurées au début du traitement à l'aide du MMPI-2 (capacités d'élaboration, résistance au traitement et souplesse des défenses) aux critères d'évolution mesurés au cours du traitement et six mois après (degré de satisfaction corporelle, d'expression de contenus émotionnels, abstinence, maintien d'un suivi et des activités thérapeutiques). La satisfaction corporelle et la régulation émotionnelle évoluent favorablement, mais les améliorations ne se maintiennent pas après le traitement. 47 % (dix sur 21) des patients réinterrogés à six mois sont restés abstinentes. L'évolution de l'expression émotionnelle des patients est moins favorable lorsque ceux-ci montrent des signes initiaux de résistance à la collaboration thérapeutique. Les

résultats mettent l'accent sur la nécessité d'inscrire l'intervention proposée en soins de suite au sein du réseau de prise en charge.

[Prévention du sevrage alcoolique aux urgences. Utilisation systématique du score CIWA-Ar](#)

de GUILLO F., SIMON J.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 32 n° 1 (MARS 2010), pp. 41-44

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

La prévalence des patients alcooliques dans les services d'urgence est élevée et génère souvent dans les équipes médico-soignantes de ces services des attitudes d'impuissance, d'incompréhension voire de rejet. Un patient alcoolisé aux urgences peut être parfois compliqué à gérer, le rôle spécifique de l'alcool dans l'organisme pouvant engendrer des comportements d'agressivité, de désinhibition, d'incivilité. Nonobstant toutes ces difficultés, les auteurs de l'article ont ciblé leur réflexion et leur intervention sur la prévention du risque de sevrage d'alcool. La formation des infirmiers(ères) à l'utilisation du score de sevrage standardisé – CIWA-Ar (Clinical institute withdrawal assessment scale for alcohol, revised) – a amélioré la détection et la prise en soins de ce risque. Les auteurs ont évalué l'impact de cette formation en analysant 50 dossiers de patients présentant un risque de sevrage d'alcool aux urgences. Les résultats sont encourageants : dans 80% des cas, le score CIWA-Ar a été documenté dans le dossier du patient, dans 70%, la prescription médicale proposait une médication sédatrice corrélée au score de sevrage. Cette formation a donc pu aboutir à une intégration quasi systématique de l'utilisation d'un outil spécifique au risque de sevrage d'alcool, dans un esprit interdisciplinaire, au bénéfice du confort et de la sécurité du patient alcoolique.

[Enquête sur le vécu au travail chez des patients hospitalisés pour sevrage alcoolique](#)

de PREVOST C., DALLY S.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 32 n° 3 (SEPTEMBRE 2010), pp. 241-248

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

L'objectif de notre enquête était d'apprécier le vécu au travail chez des patients hospitalisés pour sevrage d'alcool. Méthode : cette enquête a été menée pendant huit mois dans un service de médecine interne et ont été inclus les patients hospitalisés pour sevrage d'alcool qui étaient professionnellement actifs. L'appréciation de leur vécu au travail a été évaluée à l'aide de trois questionnaires relatifs à la souffrance au travail, au stress et à la qualité de vie. Nous leur avons aussi demandé si leur consommation était liée au travail. Résultats : 50 patients constituaient notre échantillon (36 hommes, 14 femmes). La durée de consommation d'alcool était en moyenne de 15 ans pour les hommes. Ils estimaient leur qualité de vie à 5/10 (0 : qualité de vie la plus mauvaise possible, 10 : la meilleure possible). Leur score moyen au questionnaire relatif à la

souffrance au travail était de 8/20 (0 : aucune source de souffrance , 20 : le maximum) , celui à l'échelle de stress perçu de Cohen était de 21/36 (0 : aucun stress ressenti , 36 : stress maximum). 47 % des hommes rapportaient une consommation liée au travail. Les femmes présentaient une durée moyenne d'alcoolisation de 13 ans et estimaient leur qualité de vie à 4,7/10, leur souffrance au travail à 9/20 et leur niveau de stress à 21/36. 65 % d'entre elles rapportaient une consommation liée au travail. Une différence significative ($p < 0,01$) a été trouvée entre prise d'alcool et souffrance au travail chez les hommes, mais pas chez les femmes. Chez ces dernières, une différence a été constatée entre stress et souffrance au travail. D'autres facteurs interviennent certainement. Discussion : cette étude a permis de montrer une relation entre alcool et travail, stress et qualité de vie perçue. Afin de comprendre les mécanismes qui entrent en jeu dans cette situation, d'autres études devraient être engagées.

[Augmentation des polytoxicomanies chez les malades hospitalisés pour sevrage d'alcool](#)

de PELLETIER S., BEDOUET M., NEKAA M., et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 33 n° 2 (JUN 2011), pp. 115-122

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Selon des données nationales, la prévalence des polytoxicomanies a diminué dans la population générale française depuis 2000, mais les équipes d'addictologie ont plutôt un sentiment inverse. L'objectif de notre étude était d'évaluer la fréquence des co-addictions chez les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique au cours de deux périodes: 2001 et 2007. Sujets et méthode: l'étude était rétrospective, monocentrique, incluant tous les patients alcoolo-dépendants admis pour sevrage au cours de deux périodes distantes de six ans. Le recueil de données sociodémographiques et de consommation des substances psychoactives a été réalisé à partir des dossiers médicaux. Résultats : 141 et 144 patients ont été inclus. Les deux groupes avaient un profil sociodémographique et une consommation d'alcool similaires. De 2001 à 2007, la fréquence d'une coaddiction, majoritairement au cannabis, avait presque doublé. Les consommateurs de cannabis étaient plus jeunes que les non-consommateurs, buvaient plus d'alcool et étaient plus fréquemment infectés par le VHC et le VIH. Conclusion : la co-consommation de substances psychoactives a augmenté entre 2001 et 2007 chez les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique, cette large diffusion de la polytoxicomanie posant un nouveau défi thérapeutique. Nos données suggèrent que la consommation de tout produit illicite chez les patients alcoologiques devrait inciter au dépistage du VIH et du VHC.

[Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999](#)

de DESPRES C., DEMAGNY L., BUNGNER M.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 33 n° 4 (DECEMBRE 2011), pp. 333-344

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Objectifs: face à l'hétérogénéité de la prescription et des modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant, la Société française d'alcoologie a organisé en 1999 une conférence de consensus pour promouvoir des recommandations de bonnes pratiques, notamment sevrage ambulatoire en première intention, préconisation médicamenteuse, accompagnement psychosocial. En l'absence de dispositif intégré d'évaluation de l'impact de la conférence, l'objet de l'article est de voir s'il est possible de déceler, cinq ans après la diffusion des recommandations, une évolution positive des pratiques de prescription de sevrage tant en médecine générale que dans les structures spécialisées. Méthode: elle repose sur l'analyse statistique comparative de données issues des dossiers médicaux de patients ayant effectué un sevrage en ville (326) ou en institution (153) en 1999 et 2005. Résultats: en médecine générale, on note entre 1999 et 2005 un engagement plus fort des médecins. Le nombre de patients sevrés a doublé en valeur absolue (49/97) et leur proportion par rapport aux patients déclarés alcoolodépendants est passée de 42 % à 47 %. On observe également une tendance à l'harmonisation des pratiques de sevrage, avec par exemple une augmentation, bien que non significative, des prescriptions de benzodiazépines (BZD, 56,3 % en 1999, 64,9% en 2005). De même, un accompagnement psychosocial est mis en place pour 25 % des patients au lieu de 13 %. Le mouvement d'adhésion aux recommandations s'avère très significatif pour les sevrages en milieu spécialisé. Ainsi, le taux de prescription de BZD seules ou associées est passé de 64,8 % en 1999 à 97,5 % en 2005, et la durée de traitement a été réduite de 13,2 à huit jours. Discussion: au-delà des limites méthodologiques, la discussion souligne les différences de patientèle entre généralistes et services spécialisés, ainsi que la spécificité mais aussi la complémentarité de leurs pratiques respectives.

[Prise en charge des maladies alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui ?](#)

de RIGAUD A.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 36 n° 1 (MARS 2014), pp. 27-33

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Contexte et méthode : cet article est une réflexion sur la stratégie de prise en charge des maladies alcooliques dans le contexte de la nouvelle classification de l'alcoolisme proposée dans le DSM-5 et de la mise à disposition de nouveaux traitements médicamenteux. Résultats et discussion : l'abstinence est restée longtemps l'objectif et le modèle du traitement de l'alcoolisme. Cependant, cet objectif ne correspond pas souvent aux besoins et aux attentes des patients, qui ne sont pas prêts à s'engager pour une abstinence à vie. Par ailleurs, face à des situations et profils cliniques et évolutifs très hétérogènes, se pose la question de la pertinence du modèle unique de l'abstinence immédiate, totale et définitive. C'est pourquoi les traitements orientés vers l'abstinence ont un faible taux de succès. L'objectif de réduction de la consommation d'alcool n'est pas récent et a été proposé comme objectif intermédiaire par les agences de santé ou des sociétés savantes internationales. Ce principe de

réduction est accepté aussi bien par les patients que par les professionnels. Il facilite l'accès au soin et entraîne des bénéfices de santé. Il doit s'intégrer dans une stratégie de réduction des risques et des dommages, non comme une alternative à l'abstinence, mais comme une étape voire un pont vers l'abstinence.

[Personnes âgées et consommation d'alcool - Question 4. Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées? Quels sont les moyens pertinents d'intervention? Quels en sont les résultats?](#)

de CASTERA P., CHANTEAU S., DUFOUR A., et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 36 n° 3 (SEPTEMBRE 2014), pp. 252-261

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

[Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement.](#)

[Recommandation de bonne pratique de la Société Française d'Alcoologie](#)

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 37 n° 1 (MARS 2015), pp. 5-84

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Texte des Recommandations|Q1. Comment définir le mésusage de l'alcool ?|Q2. Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?|Q3. Quand repérer un mésusage de l'alcool ?|Q4. Comment repérer un mésusage de l'alcool : chez l'adulte, la femme enceinte, le sujet âgé, l'adolescent ?|Q5. Quelle doit être l'évaluation addictologique, somatique, psychiatrique et sociale d'un mésusage de l'alcool ?|Q6. Quels sont les objectifs de l'intervention thérapeutique ?|Q7. Quelles interventions thérapeutiques proposer ?|Q8. Comment gérer la résistance du patient ?|Q9. Quelle planification de l'intervention ?|Q10. Comment conduire le traitement en vue d'une réduction de consommation ?|Q11. Comment conduire le traitement en vue d'un sevrage ?|Q12. Comment prévenir la rechute ?|Q13. Quelles sont les indications du recours à une intervention spécialisée ?|Q14. Quelles sont les indications d'un traitement résidentiel ?|Q15. Quelle est la place des interventions non pharmacologiques et non psychothérapeutiques ? Intervention socioéducative, ergothérapie, psychomotricité, éducation spécialisée, animation sportive...|Q16. Comment conduire le traitement d'un mésusage de l'alcool auprès des publics spécifiques ? Femme enceinte, adolescent, personne âgée, ou souffrant de comorbidité somatique, psychiatrique, de polyconsommation, de difficultés sociales, personne sous main de justice|Q17. Comment répondre aux situations de crise en alcoologie ?|Q18. Place et rôle de l'entourage et de l'environnement (y compris le travail)|Q19. Quelle est la place des associations de patients ou de sujets présentant un mésusage de l'alcool ?

[Approches pharmacologiques du trouble de l'usage d'alcool. Maintien de l'abstinence ou contrôle de la consommation ?](#)

de AUBIN H.J., LUQUIENS A., BENYAMINA A.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 37 n° 3 (SEPTEMBRE 2015), pp. 205-212

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Quels sont aujourd'hui les objectifs et les options pharmacologiques de la prise en charge du trouble de la dépendance à l'alcool ? Les autorités de santé ont validé la réduction de la consommation excessive d'alcool comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, le but ultime étant l'abstinence totale. Les médicaments ayant aujourd'hui une autorisation de mise sur le marché (AMM) visent surtout au maintien de l'abstinence ou à la prévention des rechutes : disulfirame, acamprosate, naltrexone. Le nalméfène a été développé pour réduire la consommation chez des patients non sevrés, avec une prise à la demande, ce qui constitue un changement de paradigme dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Depuis mars 2014, le baclofène peut être prescrit dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour maintenir une abstinence après sevrage ou pour réduire la consommation. D'autres médicaments comme l'oxybate de sodium (GHB), le topiramate et la gabapentine sont en cours d'évaluation et pourraient être d'autres options pour réduire la consommation d'alcool ou maintenir l'abstinence. Ainsi, on assiste à une évolution du dogme de l'abstinence totale et définitive, ouvrant la voie à la possibilité de réduire la consommation pour diminuer les risques associés.

[Maintenance de l'abstinence dans les mouvements d'entraide](#)

de NALPAS B., BOULZE I.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 38 n° 3 (JUN 2016), pp. 191-198

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Contexte : la participation aux réunions des mouvements d'entraide est fortement conseillée après sevrage d'alcool. L'objectif a été d'analyser le taux d'abstinence 12 mois après l'arrêt chez des sujets participant à des réunions de soutien. Méthode : co-construction du projet avec des représentants des mouvements. Délégation du rôle de co-investigateur à des responsables de réunions. Inclusion de sujets ayant arrêté l'alcool depuis moins de trois mois. Evaluation des données alcoologiques et de la fréquentation du mouvement tous les trois mois par un enquêteur indépendant. Analyse de la reprise du premier verre par la méthode de survie. Résultats : 145 sujets inclus d'âge moyen 47 ans. A un an, le taux d'abstinence était de 0,43. La fréquence de reprise d'alcool n'était pas différente en fonction du sexe, des modalités de sevrage, de l'existence de cures ou post-cures, du moment de contact avec l'association d'entraide. Par contre, les sujets bénéficiant d'un suivi médical et/ou psychologique avaient un taux d'abstinence significativement inférieur à celui des sujets n'en ayant pas alors que leur assiduité aux réunions de groupe était similaire. Conclusion : il est possible de mener des recherches rigoureuses avec les mouvements d'entraide. Les résultats ont identifié un sous-groupe de sujets en difficulté avec l'alcool accueillis par les mouvements, mais ne fréquentant pas les circuits traditionnels de soin.

["Réussir" son sevrage grâce à la qualité relationnelle](#)

de Céline Brison, Philippe De Timary, Emmanuelle Zech

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 38 n°4 (DECEMBRE 2016), pp. 277-286

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Contexte : l'accompagnement en milieu hospitalier du sevrage alcoolique peut aller d'un suivi purement médical à une approche globale de la personne : physique, sociale et psychologique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Objectif : cette étude évalue, de manière transversale aux suivis proposés, la manière dont la qualité relationnelle perçue par le patient influence le processus de changement de ce dernier, pendant sa cure, tant sur des symptômes associés à l'alcoolodépendance (craving, dépression, anxiété) que sur une dimension intrapsychique de développement personnel (l'auto-actualisation). Méthode : des questionnaires ont été distribués aux patients au début et à la fin d'une cure de sevrage en milieu hospitalier de trois semaines. Résultats : les analyses ne montrent aucune supériorité d'une approche thérapeutique par rapport à une autre. Au-delà du type d'approche, c'est la qualité relationnelle globale perçue par le patient qui semble expliquer entre 25 et 35 % des progrès constatés. La seule différence marquante dans le parcours des patients est le rôle central joué par l'interniste pendant l'hospitalisation dans l'approche purement médicale. Discussion : qu'elle soit ou non au centre du projet thérapeutique, la qualité relationnelle entre le patient et l'équipe soignante est une variable que l'on ne peut négliger.

[Prévalence de prise de médicaments psychotropes chez les personnes en difficulté avec l'alcool consultant en CSAPA](#)

de Bertrand Nalpas, Benoît Fleury, Delphine Jarraud, et al.

In *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, Vol. 38 n°4 (DECEMBRE 2016), pp. 287-293

En ligne : [www.alcoologie-et-addictologie.fr\[...\]](http://www.alcoologie-et-addictologie.fr[...])

Objectif : des traitements médicaux pour la maladie alcoolique et des recommandations de prescription sont disponibles, mais les données sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les consommateurs excessifs avant et après sevrage sont rares. Méthode : un questionnaire anonyme a été distribué une semaine donnée aux sujets consultant dans 37 centres de soins spécialisés (CSAPA). Des données sociodémographiques, les addictions, les événements de vie récents, les médicaments psychotropes pris au cours des 12 derniers mois, la durée de traitement ont été recueillis. Résultats : 1 212 sujets ayant un problème d'alcool ont été inclus ; 17,2 % étaient primo-consultants. 70 % avaient reçu au moins un médicament au cours des 12 derniers mois et 57,4 % le prenaient encore au jour de l'enquête. Le médicament numéro un était l'oxazépam (18,6 % des consultants), puis l'acamprostate (13,7 %). Près d'un tiers des médicaments pris étaient des benzodiazépines. Devenir abstinents modifiait peu le traitement médicamenteux administré. Deux ans après le sevrage, 52,9 % des hommes et 69 % des femmes étaient encore sous traitement médicamenteux, majoritairement des anxiolytiques et des antidépresseurs. Conclusion : la prise de médicament est très fréquente chez les consultants pour problème d'alcool et n'est guère en rapport avec

les recommandations prodiguées par les sociétés savantes. L'utilisation à long terme des médicaments après le sevrage suggère l'existence d'un transfert de dépendance.

[Les hospitalisations interrompues de manière prématurée – Étude réalisée au sein d'une unité de sevrage physique](#)

de Anne Bouchez, Ronald Clavie, Bénédicte De Villers
In *PSYCHOTROPES*, Vol. 23 n° 3-4 (2018), pp. 165-182
En ligne : [www.cairn.info\[...\]](http://www.cairn.info[...])



Cette étude porte sur les hospitalisations interrompues de manière prématurée au sein d'une unité de sevrage physique d'un hôpital neuropsychiatrique, qu'elles se terminent avant l'échéance convenue des trois semaines ou avant la concrétisation d'un projet de sortie. Différentes recherches portent sur les motivations des patients ayant stoppé leur hospitalisation contre avis médical. Notre étude inclut également les motivations d'une équipe de soins à mettre un terme à des hospitalisations. Les résultats de notre investigation montrent que différents facteurs interviennent dans la question des hospitalisations interrompues de manière prématurée. L'article propose des observations intéressantes pour le secteur des assuétudes dans le but de favoriser la continuité des soins.

[Confronter l'alcoologie à d'autres disciplines...](#)

de Philippe De Timary, Alain Dervaux
In *LE COURRIER DES ADDICTIONS*, vol.21 n°4 (Décembre 2019), pp. 6-8
En ligne : [www.edimark.fr\[...\]](http://www.edimark.fr[...])



Philippe De Timary est chef de service de psychiatrie adulte aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles (UCL) et professeur de psychiatrie à l'université de Louvain. Il a fondé en 2003, avec un collègue gastroentérologue, une unité de soins médico-psychologique pour les personnes présentant une problématique de dépendance à l'alcool. Cette unité a, entre autres, l'objectif de rendre les personnes alcoolodépendantes actrices de leur évolution. Ses travaux de recherche portent sur les facteurs impliqués dans le développement de l'alcoolodépendance et la manière dont les facteurs biologiques, notamment le microbiote intestinal, interfèrent avec l'expression psychologique de l'affection.



[Maladie alcoolique et rechute](#)

Bulletin de *SANTÉ MENTALE*, N° 259 (Juin 2021)
En ligne : [www.santementale.fr\[...\]](http://www.santementale.fr[...])

L'alcoolodépendance est par essence une maladie chronique hautement récidivante, une

histoire de vie. La vraie question à poser à un patient qui rechute n'est pas « Pourquoi avez-vous échoué ? » mais plutôt « Comment avez-vous réussi à tenir si longtemps ? ». Dans cette perspective, il faut l'informer très tôt que la présence des soignants à ses côtés n'est pas dépendante de sa capacité à maintenir son abstinence ou contrôler sa consommation. Un accompagnement global, médicamenteux, psychologique et social, est donc nécessaire dans la durée.

SOMMAIRE :

- *Alcoolodépendance et rechute (A. Baguet), p. 24-31.*
- *Le craving, prédicteur de la rechute (J.-M. Alexandre, L. Fournet, S. Moriceau, K. Hyves, F. Serre, J. Dubernet, S. Sarram, C. Bazzani, L. Lambert, E. Baillet, M. Auriacombe), p. 32-39.*
- *L'impact somatique de l'alcool (H. Donnadieu-Rigole), p. 40-45.*
- *Les médicaments de l'alcoolodépendance (F. Paille), p. 46-48.*
- *Approche cognitivo-comportementale de la rechute alcoolique (E. Languérand), p. 50-55.*
- *« L'hôpital de jour, ma béquille » (C. Lecame), p. 56-60.*
- *« Patient expert, je suis passée par là... » (A. Pommery de Villeneuve), p. 62-63.*
- *« Mon cerveau n'a pas oublié l'alcool ! » (M. Soulet, S. Laberthe), p. 64-69.*
- *Le prisme du retour de l'alcool (H. Gomez), p. 70-75.*
- *Addiction à l'alcool et résilience (G. Ostermann), p. 76-81.*
- *La tristesse de la rechute (D. Barbier), p. 82-85*