

# Sujet âgé et Addictions

Quelles évaluations ?  
Quelle prise en soin ?

Dr Lang Jean-Philippe  
Psychiatre et Addictologue  
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

# Addictions ?

- Addictions ? : Dépendance / Plaisir
- De nouvelles définitions cliniques: DSM V 2014
- Un « vide » épidémiologique chez les seniors
- Un exemple chez le sujet âgé: l'alcool

SFA/SFGG SA et alcool texte court 2014

COPAAH Troubles de l'usage d'alcool et troubles cognitifs 2014

- Principes d'évaluation ?
- Principes de prise en soins ? Sevrages combinés ?

# Avant Propos

- L'espèce humaine est fondamentalement « dépendante »...
- « Pulsion d'attachement » D.Anzieu est vitale et indispensable à la survie de l'espèce
- Chacun doit acquérir sa « capacité à être bien seul »...C.Audibert
- La liberté de « devenir soi » est une mise à l'épreuve des ressources personnelles et des capacités créatives
- Elle est fondamentalement dangereuse : Menace-Insécurité-Agressivité ( MIA )/ angoisses abandon-rejet-solitude
- Etre adulte ? = Interdépendance +
- Les addictions ? Une stratégie adaptative de défense et un outil de construction parmi d'autres... à risques et dangereux...
- Deux périodes fragiles : adolescence ( devenir soi/ gagner son autonomie ) / sujet âgé ( rester soi/ préserver son autonomie )

# Avant Propos

- L'espèce humaine est aussi une espèce fondamentalement « jouissante » : Le plaisir = une nécessité vitale
- Un « cerveau » du plaisir = sixième sens ? Premier organe sexuel ?
- **Philosophie du plaisir** ( Aristote/Thomas d'Aquin/ Montaigne)

Aristote « *Ethique à Nicomaque* » : aspects nécessaires et curatifs

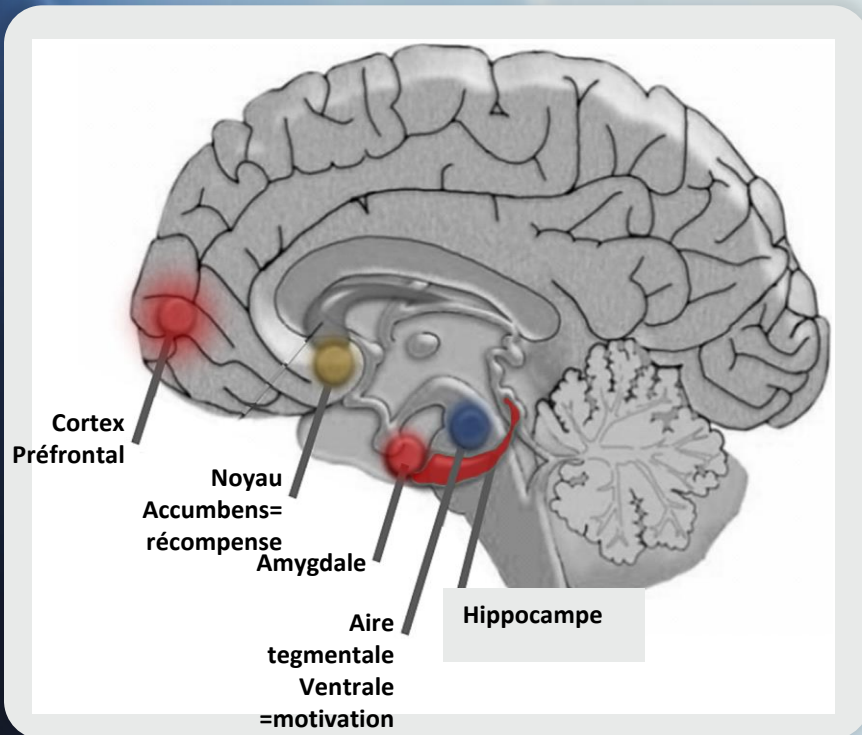
Thomas d'Aquin: hiérarchisation et accessibilité des différents plaisirs

Montaigne : L'éloge des plaisirs de la vie *Essais Livre III*

## Neurosciences :

- Travaux sur la cognition morale et cognition sociale  
structures communes avec systèmes hédonique et de récompense  
axe méso cortico limbique +
- Rôle central et commun du système opioïde endogène
- Exclusion sociale est « douloureuse » Eisenberger 2003

# La dépendance est une maladie neurobiologique



- ✓ Les système de la récompense, des émotions et de la mémoire sont impliqués dans la dépendance
- ✓ La voie méso-cortico-limbique est altérée chez le patient dépendant
- ✓ De nombreux neuromédiateurs entrent en jeu : dopamine, sérotonine, GABA, glutamate, opioïdes endogènes
- ✓ Un “plaisir” piègé par un dysfonctionnement ou une altération des fonctions et structures cognitives de la récompense, sociales et morales ?

Volkow et al. J Clin Invest 2003

Trigo JM et al. Drug Alcohol Depend 2010

# Avant Propos

Les conduites addictives peuvent être des :

- Stratégies adaptatives
- Conduites à risques « dang'heureuses »
- Conduites pathogènes
- Conduites pathologiques

Qui touchent - le corps dont le cerveau qui n'a « qu'une seule vie »

- les compétences d'apprentissage
- les compétences cognitives
- les compétences sociales
- l'entourage

- Deux périodes plus fragiles : adolescence / sujet âgé

# Définitions

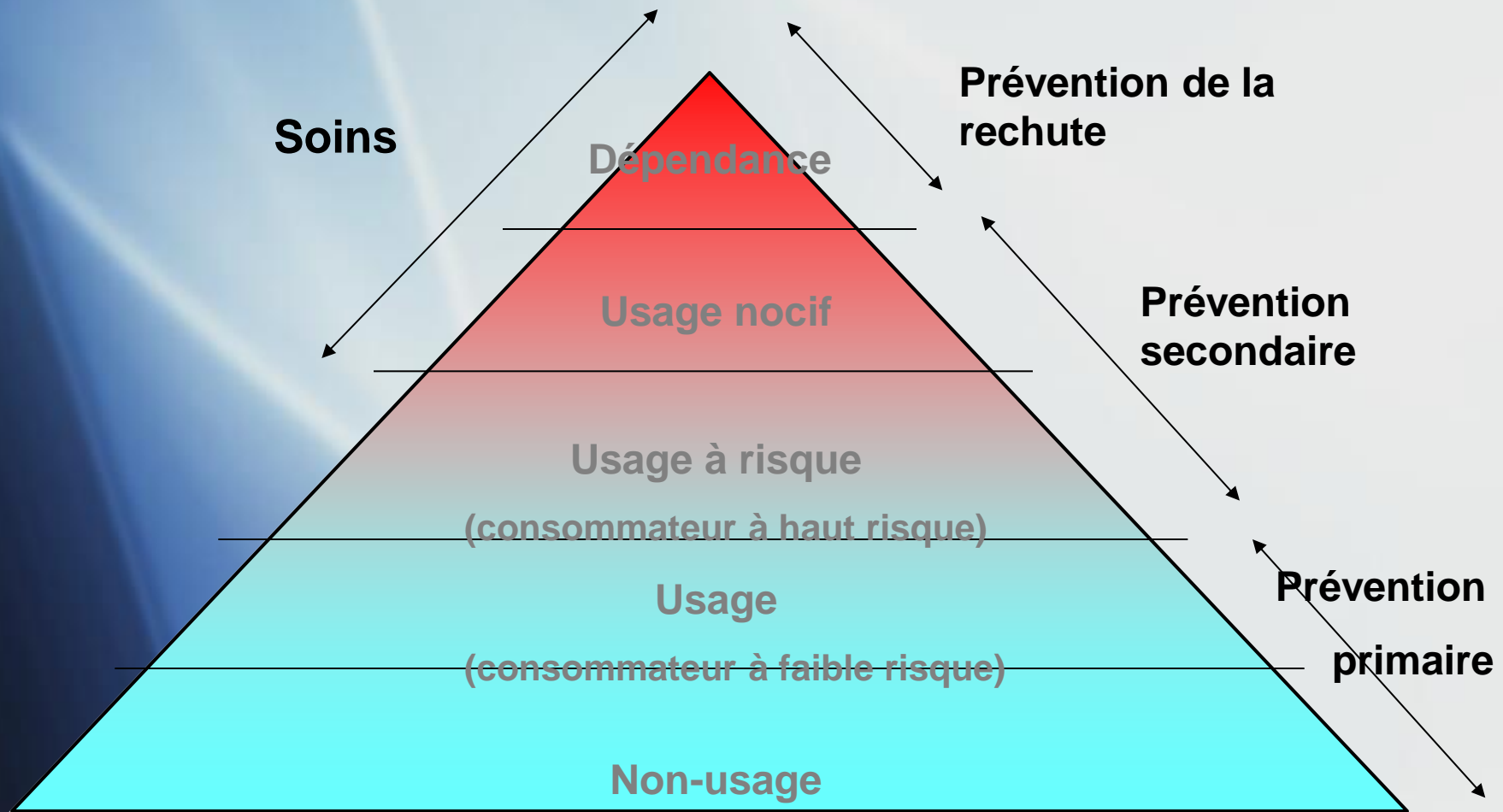
- Conduite addictives ? GOODMAN 1990

Comportement répétitif qui soulage d'un malaise, offre une satisfaction et qui malgré la connaissance de ses conséquences néfastes est répété malgré soi ou en lutte avec soi

Avec ou sans produit mais peut aussi concerner simplement la relation humaine :  
Comportement avec substances  
Comportement sans substances  
Relationnelle

Deviens pathologique lorsqu'il devient dangereux ou bien centre excessivement l'activité en devenant un « membre » incontournable de l'existence

# Modalités de consommation de substances psychoactives : (Pyramide de Skinner)





# La dépendance à l'alcool: DSM-IV et CIM-10

## DSM-IV

**Mode d'utilisation inadapté d'une substance (ici l'alcool) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de 3 (ou +) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois**

1) Tolérance

2) Sevrage

3) Substance souveraine pendant une période

4) Désir persistant, des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

5) Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.

6) Des activités sociales importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

7) Utilisation maintenue malgré des problèmes causés ou exacerbés par la substance



## CIM-10

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique) ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance = en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool. Pour un diagnostic de certitude, **au moins trois** des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps **au cours de la dernière année**

1) Désir puissant ou consommation compulsive de substance psychoactive

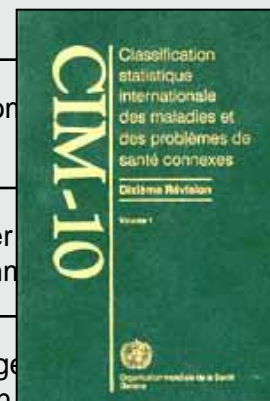
2) Difficultés à contrôler la consommation ou interruption de consommation

3) Syndrome de sevrage ou consommation qui se poursuit malgré le fait que le sujet diminue ou arrête la consommation

4) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active

5) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives



# Le DSM 5...

- Fin des abuseurs et des dépendants à une substances du DSM IV, disparition de l'usage à risques...
- Un seul diagnostic pour chaque substance: « substance related disorders »  
= « **Trouble d'utilisation d'une substance ou liés à une substance** »
- Critères pour : -Trouble de l'usage ( use disorders )  
-Troubles induits : Intoxication (intoxication)  
Sevrage (withdrawal)  
Troubles induits
- Critères globalement identiques à deux exceptions près:
  - Pb légaux récurrents pour abus retirés
  - Critère de fort désir ou besoin « craving » ajouté

# Le DSM-5 récemment publié fait évoluer les critères cliniques (1)

	DSM IV		DSM 5
	Abus	Dépendance	Troubles de l'usage d'alcool
<b>Critères diagnostiques</b>			
Incapacité à remplir ses obligations	X	-	X
Usage dans des situations à risque	X	-	X
Problèmes légaux liés à l'abus de substances	X	-	-
Problèmes sociaux/interpersonnels liés aux substances	X	-	X
Tolérance	-	X	X
Sevrage	-	X	X
Désir permanent/efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance	-	X	X
Usage plus important ou sur une période de temps plus longue que prévu	-	X	X
Néglige des activités importantes au profit de la substance	-	X	X
Importance du temps consacré à l'usage de substances	-	X	X
Problèmes psychologiques/physiques liés à l'usage de substances	-	X	X
<b>Craving</b>	-	-	X

Seuil diagnostique

+ 1 critère

+ 3 critères

Addiction

Légère : 2-3

Modérée : 4-5

Sévère ≥ 6

# Le DSM 5...

- La sévérité des troubles est basée sur le nombre de critères

Trouble léger = 2-3 critères

Trouble modéré = 4-5 critères

Trouble sévère = 6 critères ou plus

- Elargissement du périmètre (11 critères) et abaissement du seuil ( 2 critères ): continuum clinique +, dangerosité de conduites brèves, pas d'exigence de dépendance /gravité...

- Rémission récente d'un trouble

Au moins 3 mois et moins de 12 mois sans critères de trouble applicable sauf.. craving

- Rémission durable

Au moins 12 mois sans critère applicable sauf... craving

# Le DSM 5...

- Sont rajoutés:

- Trouble d'utilisation du tabac alors que seul sevrage existait dans DSM IV
- Sevrage au cannabis
- Sevrage au café

- Un registre « élargi » avec extension de la catégorie et recommandations internationales

« Substance related and addictive disorders »

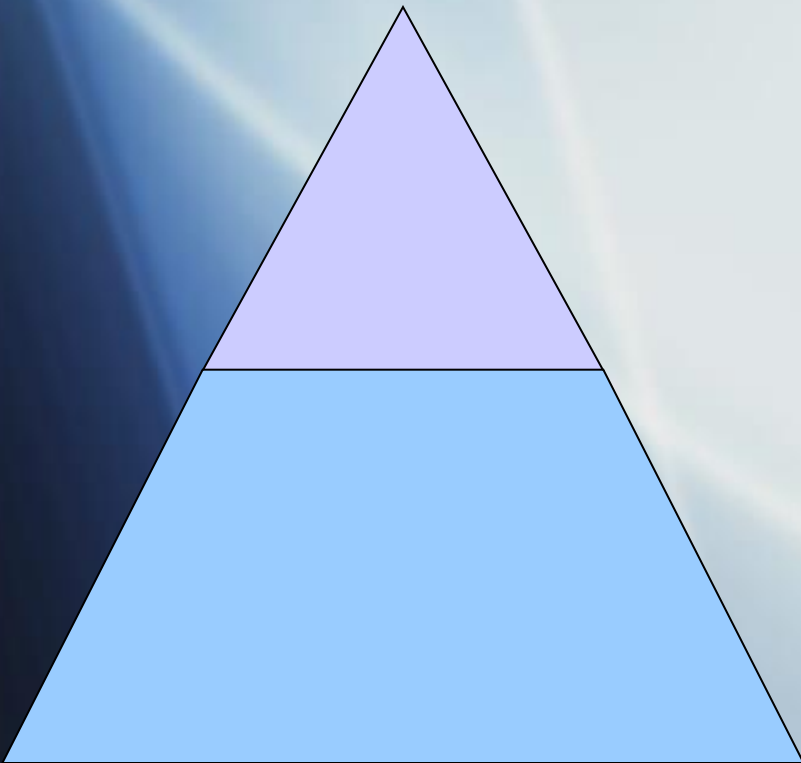
= « troubles liés à l'utilisation de substance et à des conduites addictives »

...qui s'ouvre aux addictions sans produit mais avec uniquement « le jeux pathologique » =  
« gambling disorder »

« Feeding and eating disorders » « disruptive, impulse control and conduct disorders » restent distincts

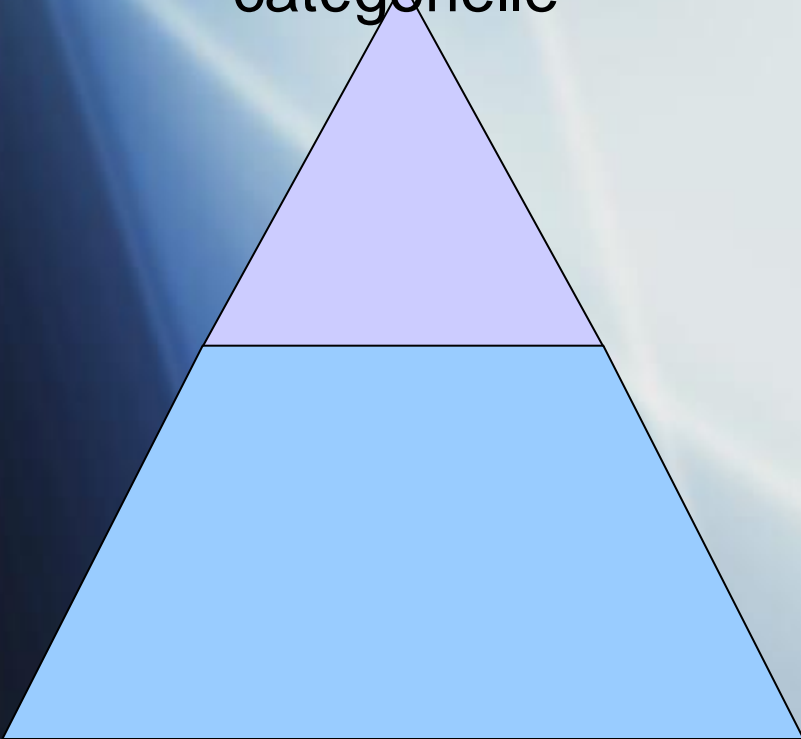
# Le DSM 5...

Approche catégorielle

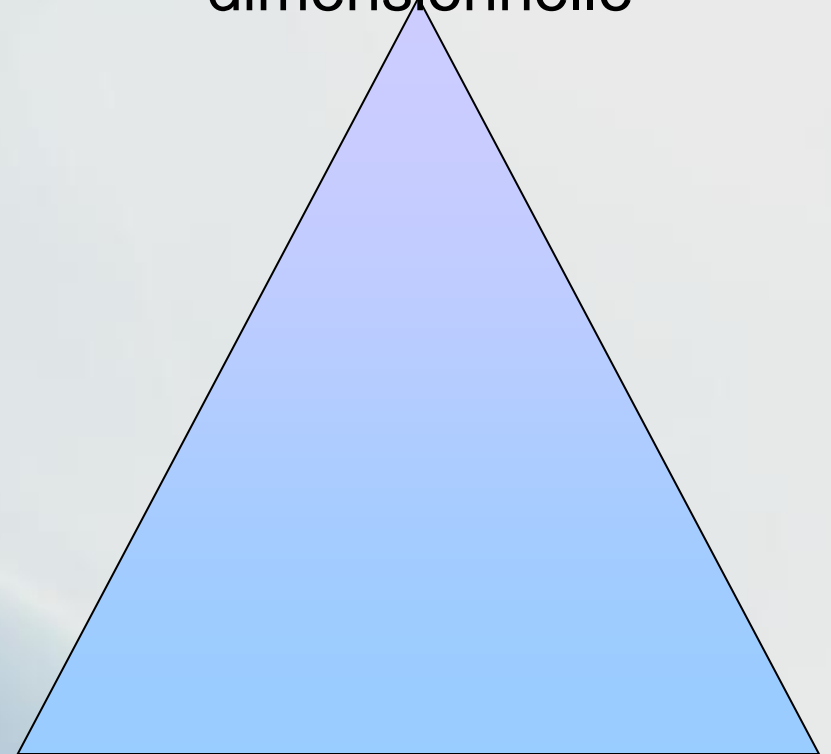


# Le DSM 5...

Approche  
catégorielle



Approche  
dimensionnelle



# Consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ectasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M*	//	//	//	8,8 M**	13,4 M***
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse)

\* ≥ 10 x au cours du mois ou ≥ 120 x au cours de l'année ; \*\* ≥ 3 consommations dans la semaine ; \*\*\* quotidien

// : non disponible

*Beck F et al. Tendances 2011; 76: 1-6*



**Tableau 2 - Expérimentation de substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18 à 64 ans (en %)**

	<b>Ensemble</b> n=23 746	<b>18-25 ans</b> n=4 065	<b>26-44 ans</b> n=10 679	<b>45-64 ans</b> n=9 002	<b>hommes</b> n=11 624	<b>femmes</b> n=12 122
Alcool	92,6	85,3	91,9	95,4	93,8	91,5
Tabac	79,2	75,4	80,1	79,8	83,4	75,1
Méd. psychotropes*	36,9	21,8	33,6	44,9	28,7	44,5
Cannabis	30,7	47,6	38,7	13,6	38,5	23,3
Poppers	4,1	5,6	6,3	0,9	6,0	2,2
Cocaïne	2,8	3,4	3,9	1,3	4,1	1,6
Ch. hallucinogènes	2,8	3,4	3,7	1,4	4,3	1,4
Ecstasy	2,0	4,0	2,8	0,2	3,1	1,0
Colles et solvants	1,8	2,2	2,6	0,6	2,6	1,0
LSD	1,6	1,4	1,9	1,3	2,6	0,6
Amphétamines	1,5	1,0	1,8	1,4	2,0	1,0
Héroïne	0,9	0,9	1,2	0,4	1,3	0,4

\* usage d'anxiolytiques (tranquillisants), d'hypnotiques (somnifères) ou d'antidépresseurs, quels que soient le motif et le contexte d'usage.

Lecture : 92,6 % des 18-64 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT

# Mortalité et morbidité liées aux troubles liés aux substances en France

	<b>Alcool</b>	<b>Tabac</b>	<b>Drogues illicites</b>	<b>Total</b>
<b>Décès prématurés</b>	<b>43 963</b>	<b>41 777</b>	<b>547</b>	<b>86 287</b>
<b>Années de vie perdues</b>	<b>742 098</b>	<b>481 604</b>	<b>nd</b>	<b>1 223 702</b>
<b>Nombre d'hospitalisations</b>	<b>383 381</b>	<b>769 477</b>	<b>nd</b>	<b>1 152 858</b>
<b>Nombre total de jours d'hôpital</b>	<b>3 642 120</b>	<b>7 130 174</b>	<b>nd</b>	<b>10 772 294</b>

Dose dépendant +  
Réductions des risques vs  
Abstinence ?

*Fenoglio, Parel, Kopp, Eur Addict Res. 2003*

# Mortalité liée à la consommation d'alcool : quelques chiffres

- ✓ Alcool : **8<sup>e</sup> cause de mortalité** dans le monde et **3<sup>e</sup> cause de DALYs** (nombre d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité)
- ✓ **2<sup>e</sup> cause de mort évitable, après le tabac**
- ✓ Décès imputables à l'alcool :



**Monde**  
2,3 millions de  
décès en 2004



**Union Européenne**  
119 735 décès\*  
en 2004



**France**  
49 000 décès en 2009

*dont*



36 500  
hommes



12 500  
femmes

# Dépendance à l'alcool et risque associé aux niveaux de consommation



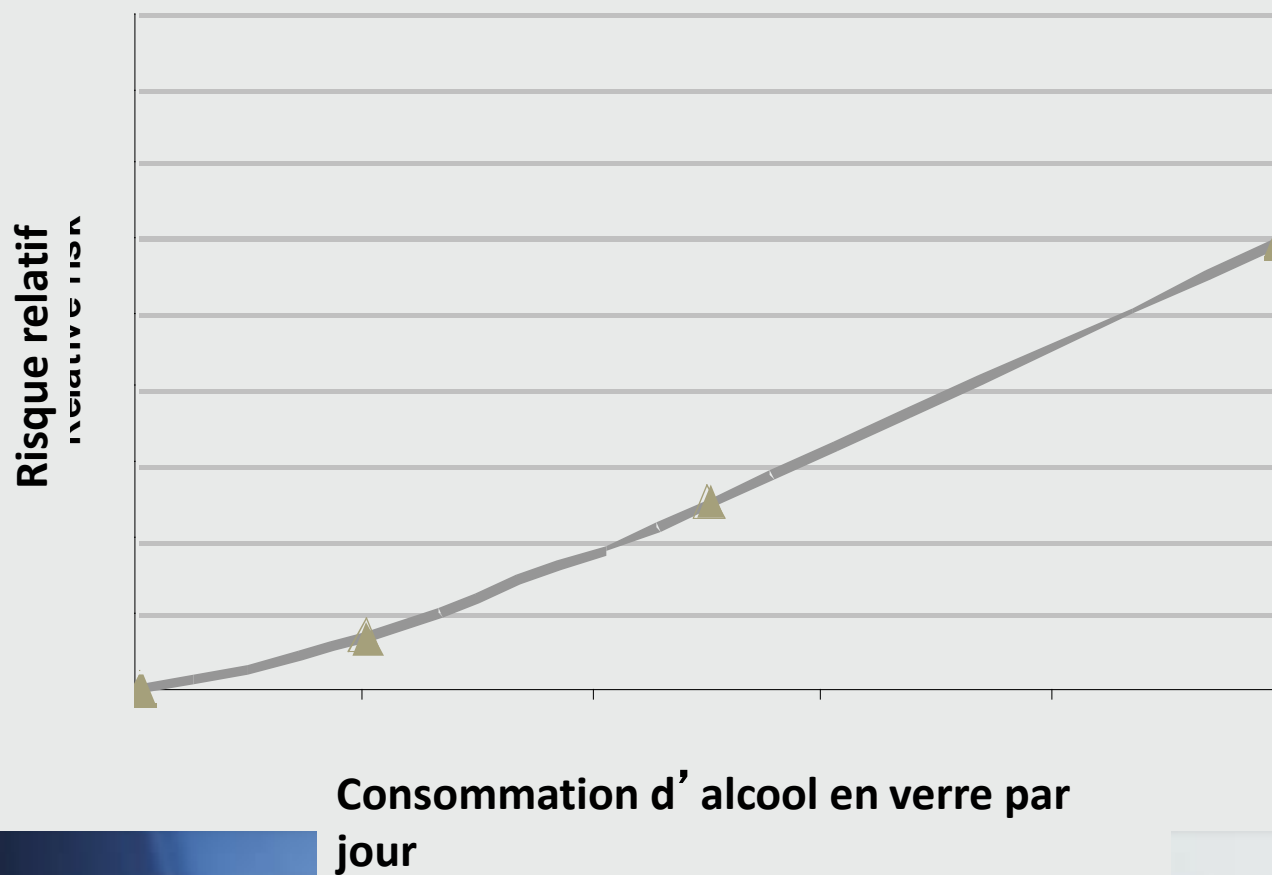
Niveau de risque	Consommation totale d'alcool (g / jour)	
	Homme	Femme
Risque faible	1 à 40	1 à 20
Risque modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Risque élevé	> 60 à 100	> 40 à 60
Risque très élevé	> 100	> 60

Paramètres mesurés chez les patients dépendants à l'alcool :

. **TAC** : consommation d'alcool totale (g/jour)

. **HDD** : jours de forte consommation  
(>60g/j pour un homme et 40g/j pour une femme)

# Le risque de dépendance augmente avec le niveau de consommation

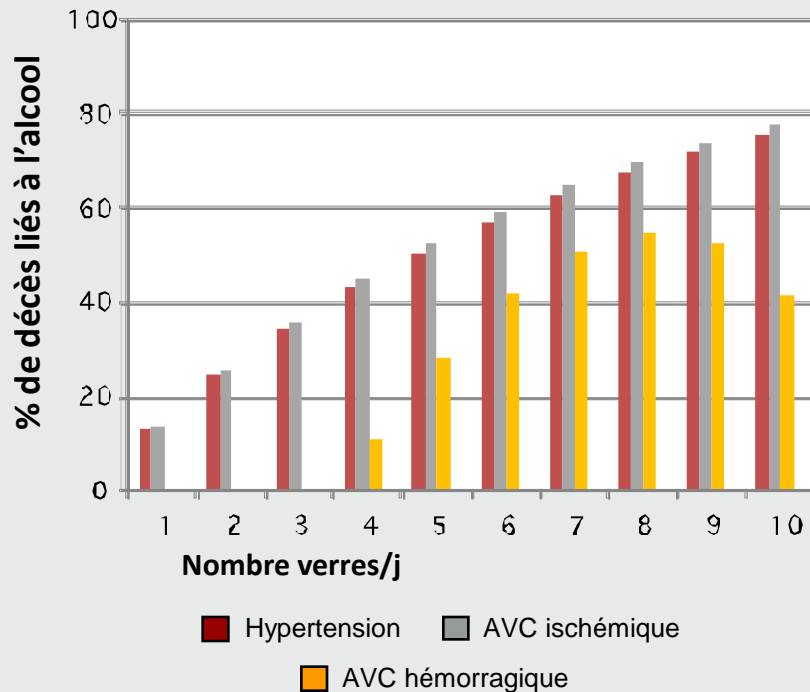


# Impact de la consommation d'alcool à long terme

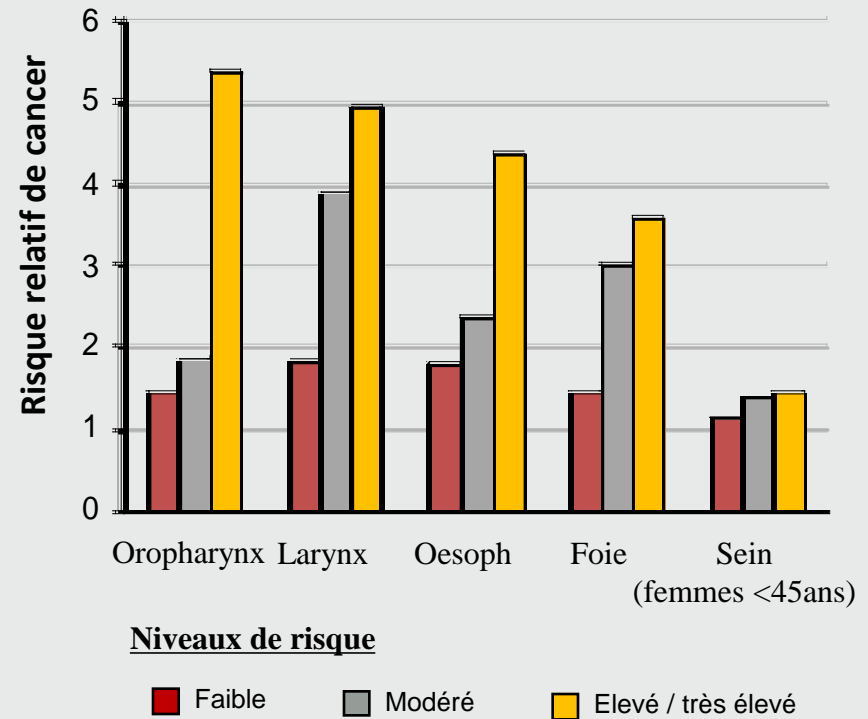
- ✓ L'alcool est la **cause directe et indirecte de >60 maladies**
  - Ex : démences alcooliques, dépendance à l'alcool, cirrhose alcoolique, syndrome d'intoxication foetale; cancer, maladies cardio-vasculaires, psychiatriques (dépression...), pancréatites

# Le niveau de consommation d'alcool est corrélé au risque de développement des maladies cardiovasculaires et des cancers

## Maladie cardiovasculaire



## Cancer



WHO, 2000  
 Rehm et al. International J Methods Psych Res 2008  
 Rehm et al. Alcohol use. WHO, 2004  
 Ridolfo & Stevenson AIHW 2001

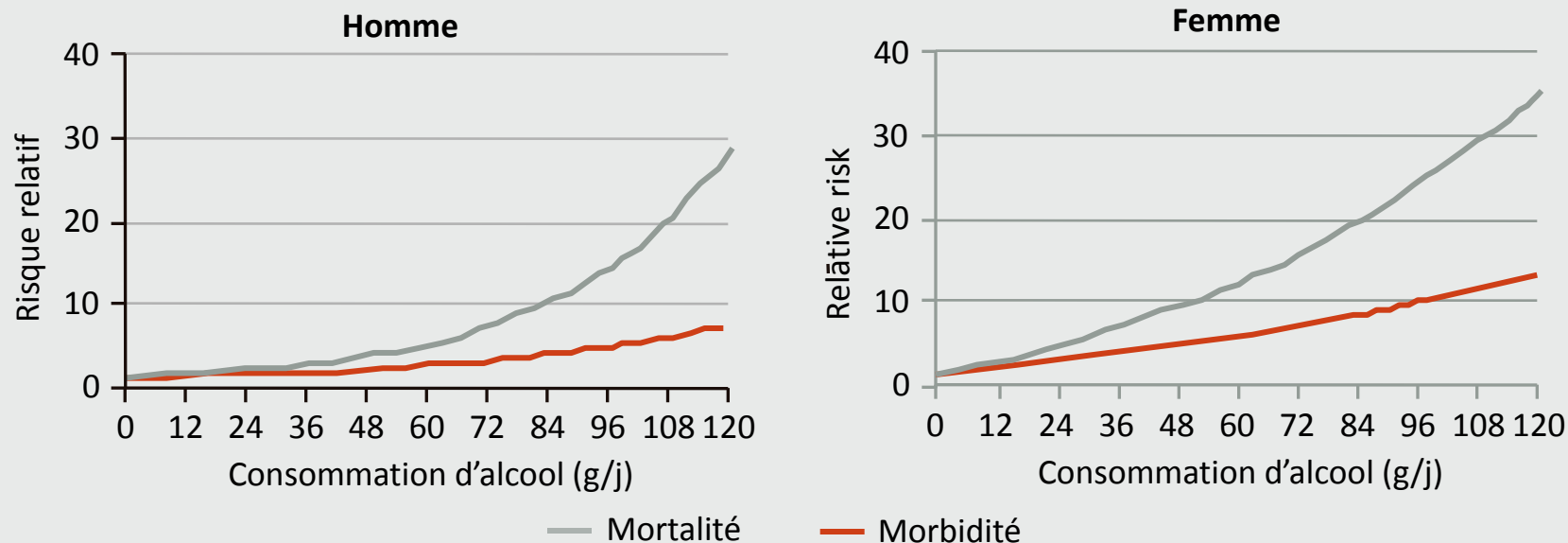
### Niveaux de risque:

Elevé/très élevé (>40/60 g femmes/hommes)  
 Modéré (20–40/40–60 g femmes/hommes)  
 Faible (0–20/0–40 g femmes/hommes)

# Le risque de cirrhose hépatique augmente avec le niveau de consommation d'alcool

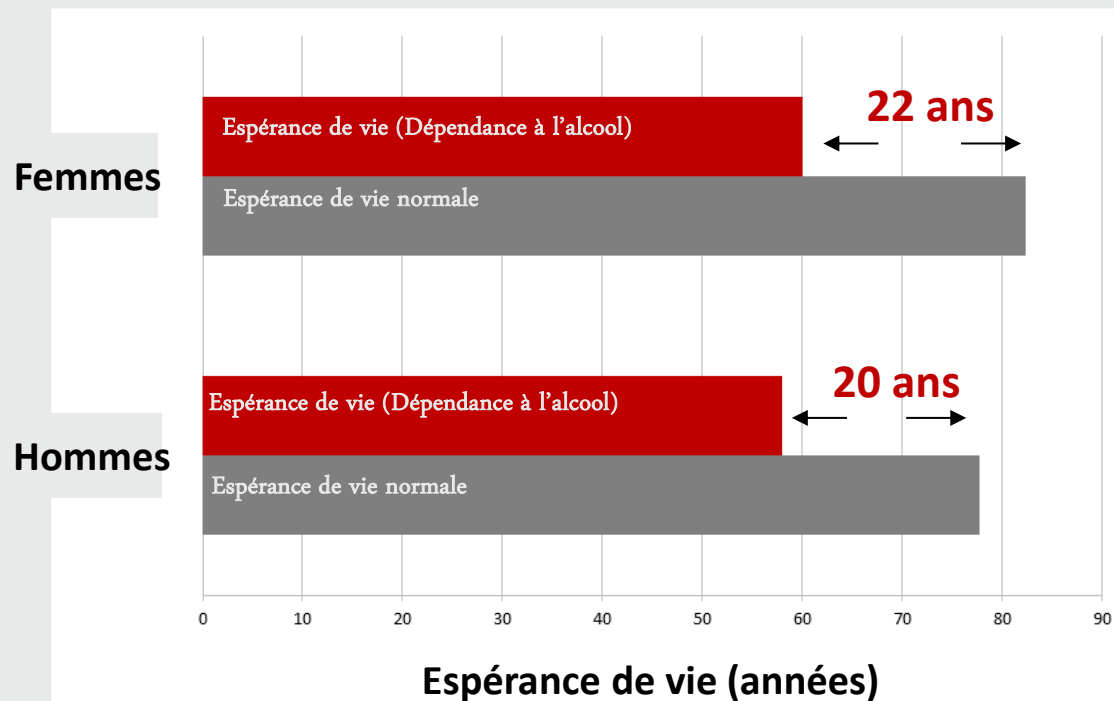
Près de 15% des morts liées à l'alcool en 2004 étaient dues à une cirrhose hépatique

### Risque relatif de cirrhose hépatique



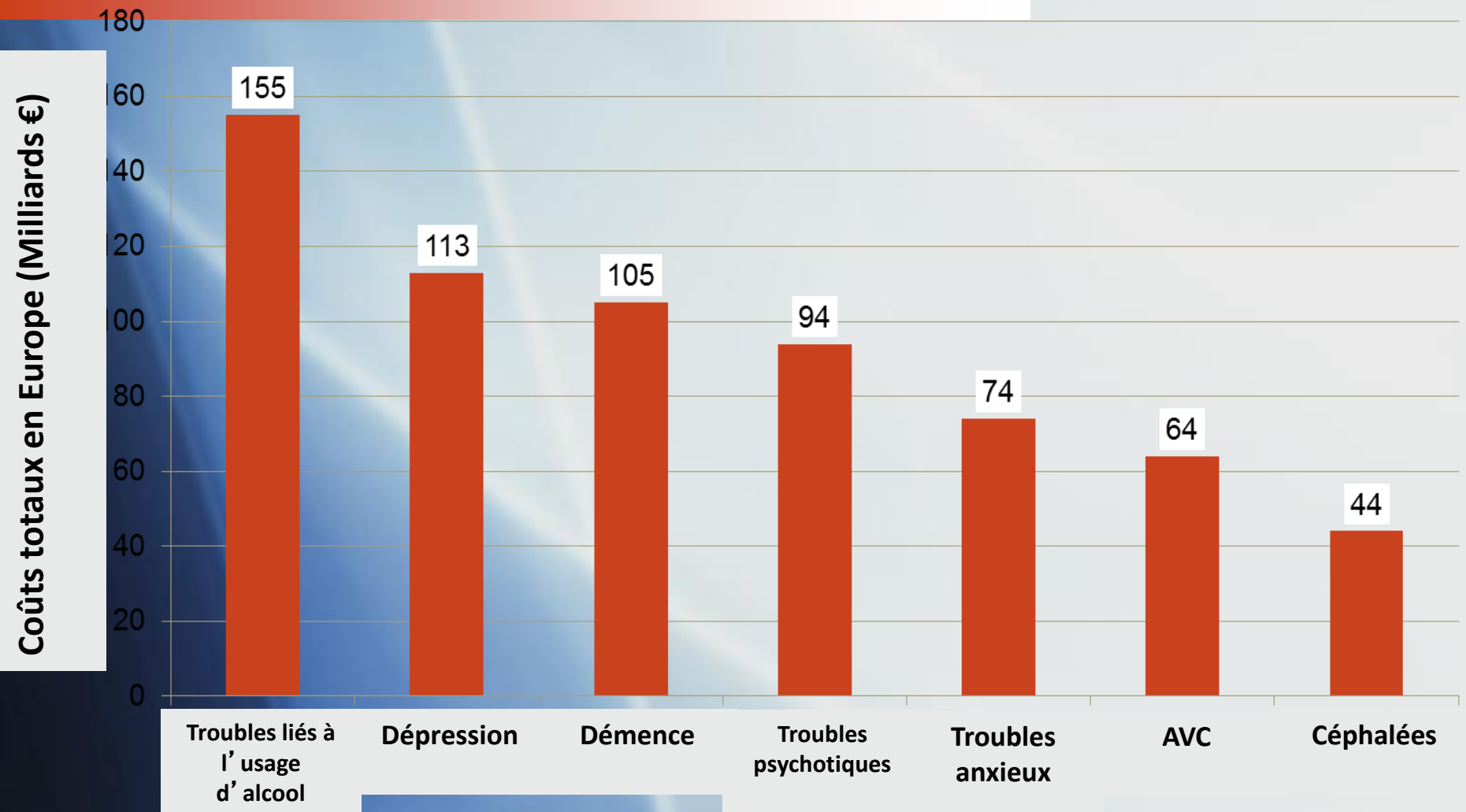


# L'espérance de vie est réduite de 20 ans chez les patients dépendants à l'alcool



Pour améliorer l'espérance de vie des patients dépendants à l'alcool, il est essentiel d'intervenir à un stade le moins avancé possible de leur maladie

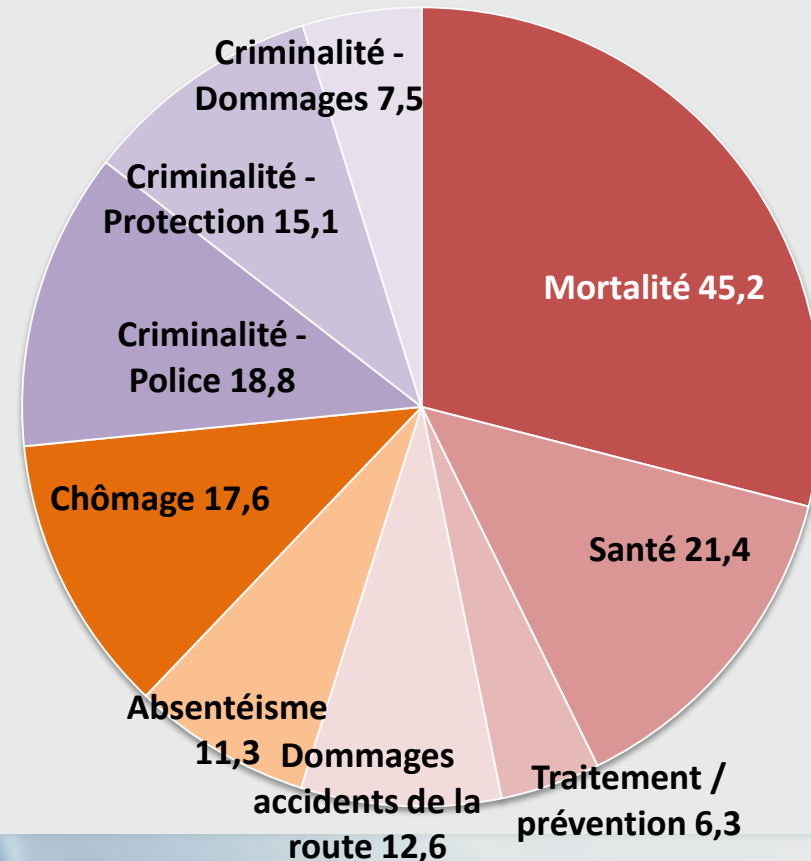
# Les troubles liés à l'usage d'alcool représentent les coûts les plus importants des maladies du SNC en Europe



# La dépendance à l'alcool représente une grande partie du coût total lié à la consommation d'alcool

- ✓ Le coût social total de la consommation d'alcool en Europe est estimé à **155,8 milliards d'euros** en 2010

Coût social de l'alcool dans l'UE en 2010  
(en milliards €)



Dommages: vandalismes, conséquences des arrestations (dommages matériels, risks)

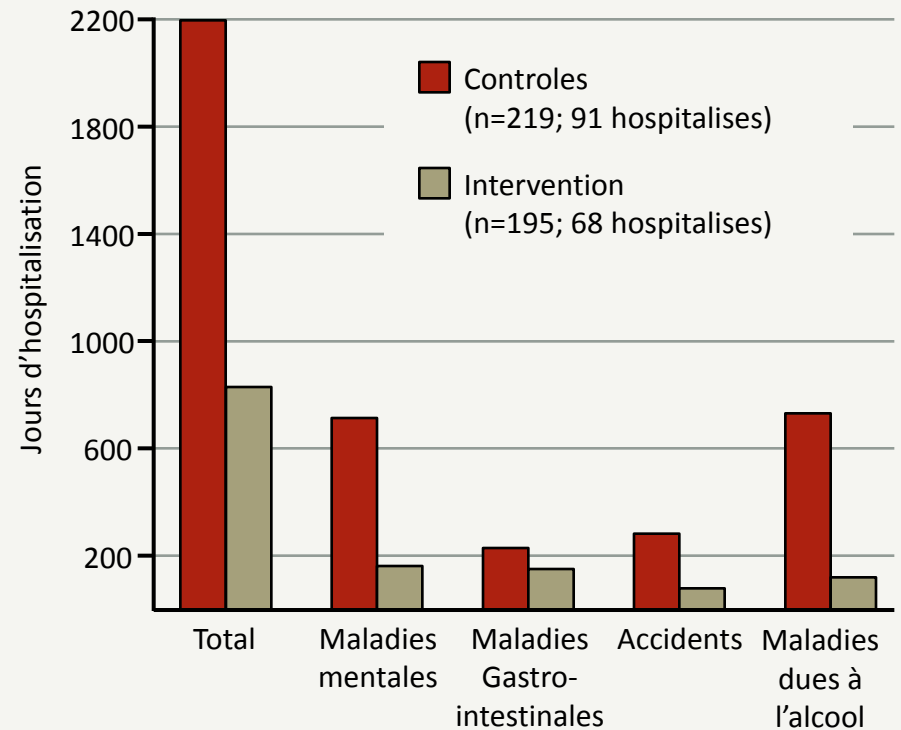
Protections: Mise en place de force de polices pour les manifestations

Police: frais administratifs,

# La réduction de la consommation a de nombreux bénéfices

- ✓ Patients dans un processus de soin visant la réduction
  - **80% d'arrêts de travail** en moins
  - **60% de jours d'hospitalisation** en moins
  - **50% de mortalité** en moins
- ✓ Moins de jours d'hospitalisation dus aux maladies liées à l'alcool
  - Dépendance à l'alcool
  - Psychose alcoolique
  - Cirrhose hépatique
  - Pancréatite

**Nombre de jours d'hospitalisation chez les hommes (5 ans après screening)**



# Personnes âgées et consommation d'alcool

SFA/SFGG 2014

- Fréquence de consommation régulière quotidienne augmente avec âge
- Consommations moyennes d'alcool par individu diminuent
- Nombre de non consommateur augmente  
( De 10 à 40 % après 65 ans )
- Risque ponctuel liés aux alcoolisations aiguës est plus faible chez SA
- Risque de dépendance ou d'usage chronique + important
  - 19% chez 65-74 ans
  - 15% chez les 75-85 ans
- Binge drinking ou Alcoolisation ponctuelle Importante (API) existe après 65 ans : 4,5 % des hommes et 0,5% des femmes Lang 2012

# Personnes âgées et consommation d'alcool SFA/SFGG 2014

Peu de données solides de prévalence d'usage nocif/dépendance alcool chez SA: hétérogénéité population ++ ( âge, poly-pathologie, dépendance, poly-médicamentation, cognition...) mais aussi faible intérêt...

11 % des hospitalisations des plus de 65 ans

6% des hospitalisations des plus de 75 ans

6-9 % des aînés hospitalisés seraient dépendants

20-40% en EPHAD

2/ 3 des cas mésusage ancien

1/3 des cas mésusage après 60 ans

Une réalité chez le SA ++

# Spécificités Cliniques

Spécificités physiologiques (rapport masse grasse/masse maigre augmente, baisse volume de diffusion ), poly-pathologie, poly-médicamentation, troubles cognitifs...

Moindre tolérance à l'alcool ++: tx alcoolémie plus élevée et plus rapide , décroissance plus lente, augmentation du relargage secondaire

Moindre observance thérapeutique

Potentialise effets psychotropes et sédatifs

Potentialise altérations cognitives

Vulnérabilité ++

Recommandations chez adulte adaptées au SA :

**Max : 1 verre / j et 3 verres /occasion ++**

# Quelles complications ?

Peu documentées chez les seniors chez qui mésusage est souvent méconnu et le lien cause à effet des pathologies induites peu établi

**Aigues:** risque ivresse accru, chutes et complications traumatiques, confusion, trouble du rythme ventriculaire ou ACFA, risques domestiques, troubles du comportement psycho-social ( agressivité, TDS/S, conduite...)

## **Chronique:**

Score santé physique est plus bas de 7 à 8 points chez les 60-75 ans qui présentent une dépendance alcool et ou tabac

Aggravation des syndromes gériatriques:

- Activités instrumentales de la vie courante ( IADL ) ++, activités de vie courante (ADL) + ( 7 U Vs 14 U)

- Troubles cognitifs et syndromes démentiels : effets directs ou indirects ( carences nutritionnelles et vitaminiques )

- syndrome confusionnel: sevrage hospitalier +, peut être plus tardif / adulte

Pathologies psychiatriques: dépression et risque TDS/ S ( x10 ) Vandenberg 2014

Pathologies somatiques et moindre observance à leur traitement

**Mortalité :** 30 000 mort /an chez plus de 65 ans dont 9000 par cancer +



# Troubles cognitifs et alcool ?

- Au delà d'encéphalopathie de Gayet Wernicke, du syndrome de Korsakoff, de maladie de Marchiafava Bigmani ou de la démence alcoolique... : « **Les troubles cognitifs liés à l'alcool** » ( **TCLA** )
- Moins de 20 % des DA n'ont pas de troubles cognitif et plus de 50 % ont au moins 3 fonctions cognitives altérées
- Touche particulièrement fonctions executives (flexibilité, inhibition, planification), mémoire épisodique verbale et non verbale, mémoire de travail, métamémoire , théorie de l'esprit , compétences personnelles, troubles psychomoteurs... : influencent fortement le soins ++
- Plus de 10 % des démences seraient liées à l'alcool: 3eme cause de démence après MA et Démence vasculaire chez SA
- Chez SA, les API augmentent le risque d'évolution vers DA, le risque de déclin cognitif global ( pour 2 épisodes mois x 2,47) et de trouble de la mémoire (x 2,49) chez homme et femme.
- Influence de l'alcool sur maladie Alzheimer et DFT ? Complexe....Risque augmenté et début plus précoce ?
- Consommation modérée pourrait prévenir l'apparition de difficultés cognitives liés au vieillissement normal mais l'âge affecte par exemple plus sévèrement la mémoire épisodique non verbal des patients ayant un usage excessif d'alcool Zinn 2003

# Repérage et Evaluation ?

Souvent négligé, non questionné ou usage minimisé: « faibles » consommations impactent / qualité , espérance de vie et maintien à domicile

DSM V avec disparition de usage nocif ou de dépendance doit faciliter repérage chez SA

TOUJOURS évaluer usage alcool et TOUTES les autres addictions qu'il facilite: tabac +

Intégration dans EGS ? Systématique ? Systématisé ? Sur population ciblée ?

Analyse conjointe des usages de psychotropes prescrits ou non: BZD ( effet dose , mésusage, demi vie sur MAZ ) + Begaud BMJ 2014

Evaluation de la douleur chronique : facteur favorisant

Conduites addictives = bons « bio » marqueurs d'un équilibre psychosocial , d'une comorbidité psychiatrique et d'observance thérapeutique

Passer par formation des équipes de soins ( CH, EHPAD...): représentation + / abord +

# Repérage Evaluation et Soins ?

**Outils ?** : Consommation déclarée d'alcool = CDA ++

Entretien avec proches +

Auto-questionnaires: Alcohol Use Disorders Test C ou AUDIT-5

Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE)

Chez sujet âgé : Alcohol Related Problems Survey (ARPS)

Informatisé /Recherche ++

Biologie: VGM, GGT, CDT...: plus suivi que diagnostic

## **Principes de soin :**

- Démarche de RDR ++: baisse dose > Abstinence en première intention  
**1 verre /j , moins de 7 verres/semaine et max 3 verres par occasion**
- Choix du patient après évaluation et information: faciliter engagement car observance plus forte chez SA et bénéfices réels : accroche ++
- Pratiques de soins intégrés transdisciplinaires
- Prise en soin / Projet de vie

# Traitements ?

Intervention brève protocolisée et adaptée au SA

RDR en ambulatoire: observation de compétence à contrôler: baisse de consommation +

Dans le cadre de soins primaires autant que possible: transdisciplinarité ++

Sevrage chez DA en milieu hospitalier et sur durée prolongée : DT tardif

Bilan et soins somatique, psychiatrique ,addictologique, social et cognitif intégrés ++

BZD de demi vie courte mais à faible dose et ajustement de TTT psychotrope: RMO et AMM +

Vitamine B1 per os ou IV et hydratation

Penser au sevrage alcool chez SA hospitalisé (idem pour tabac et cannabis: sortie contre avis + )

Pas de TTT si besoin

Psychothérapies: soutien, motivationnel, TCC, groupales , individuelles, systémie < qualité soignant ++

Mouvement d'entre aide

Soutiens médico-sociaux: isolement solitude, plaisir, rencontres humaines...

Médicaments aide au maintien de l'abstinence Acamprosate ( AOTAL) : NE chez SA

prévention de rechute/ RDR Naltrexone (REVIA ): étude chez moins de 70 ans

anti craving : Baclofène NE chez SA ( risque sédatif, myorelaxant et confusiogène )

Nalmefene NE chez SA ( SA dans études )

# Sevrages combinés ? Le tabagisme

- ✓ Consommation fréquente après 65 ans
- ✓ 1ere cause de décès évitable, diminution des fonctions cognitives, FR MAZ, aggrave ostéoporose, aggrave DMR...
- ✓ Bénéfice d'abstinence > moindre consommation +: morbi-mortalité, qualité de vie, autonomie
- ✓ Abstinence après 65 ans a un gain de vie: femme (4ans ) > hommes (2 ans )
- ✓ Implication et compétence au sevrage comparable à l'adulte plus jeune
- ✓ Surveillance de syndrome dépressif et risque suicidaire
- ✓ Information, RDR ( cigarette au lit, risque incendie ..), motivation, psychothérapies adaptées
- ✓ Règle des 5 A ( ASK,ADVICE,ASSESS,ASSIST,ARRANGE)
- ✓ TSN transdermique en première intention +
- ✓ Études sur varenicline chez SA rassurantes / éviter bupropion
- ✓ Cigarettes électroniques ?
- ✓ Sevrages combinés: conjoints / attention de ne pas aggraver  
choix patient / réalité et non aux désirs soignants

# Conclusions

Réalité chez SA

Vulnérabilité du SA

Impact en terme de santé, de qualité de vie et d'autonomie

Sous évaluées et négligées

Bénéfice de PES transdisciplinaire adaptée à un projet de vie

Réflexion à intégrer à EGS et à parcours de soins

Bénéfice de démarche de RDR/ abstinence: Alcool > Tabac

Importance de « l'accroche » aux soins

Sevrages combinés avec surveillance des autres addictions ( jeux , achats )

Importance de la formation des professionnels

Axe de recherche épidémiologique clinique et thérapeutique à exploiter