



Union Régionale de Réseaux et
d'Associations en Addictologie
DES PAYS DE LA LOIRE



UNIVERSITÉ DE NANTES

Cadre de soin en Europe : Vers une sortie de la crise?

Didier Acier, Ph.D.

Professeur de psychologie clinique

Université de Nantes

Cadre de soin et libertés individuelles

- ▶ 1. L'addiction
 - ▶ 2. Les cadres de soin en Europe
 - ▶ 3. Les départs prématurés
 - ▶ 4. La réduction des risques
- 

L'addiction

- ▶ Un processus qui échappe au contrôle du sujet, qui touche à l'impulsivité, au manque, au *craving*, à la rupture temporelle...

L'addiction

- ▶ Les motivations pour s'inscrire dans un processus de soins sont hétérogènes (déli, contemplation, illusion de contrôle, pression de la famille, injonction judiciaire...)

L'addiction

- ▶ Les patients s'inscrivent dans des trajectoires de consommation singulières, investissant plus ou moins les services et pouvant parfois s'en sortir par eux-mêmes.

L'addiction

- ▶ Les patients en situation de comorbidité psychiques sont la norme plutôt que l'exception, impliquant des soins sur le long terme.

L'addiction

- ▶ Le soin peut inviter à un paradoxe :
 - Si la consommation aide à gérer un mal-être ;
 - Si les soins font disparaître la consommation ;
 - Comment gérer ce mal-être?

L'addiction

- ▶ Les soins s'inscrivent au sein d'une superposition de cadre (légal, éthique, médical, thérapeutique, de protection du personnel...);
 - ▶ Et dans un moment socio-culturel.
- 

Cadre de soin et libertés individuelles

- ▶ 1. L'addiction
 - ▶ 2. Les cadres de soin en Europe
 - ▶ 3. Les départs prématurés
 - ▶ 4. La réduction des risques
- 

Les cadres de soin en Europe

- ▶ Peu ou pas de documentation scientifique ;
- ▶ Référence au NIDA et aux publications anglophones (Europe du Nord, Royaume-Uni...).

États-Unis

- ▶ US National Institute on Drug Abuse (traduction libre, NIDA, 2012)
- ▶ L'addiction est une maladie complexe, qui peut être soignée ;
- ▶ Aucun traitement ne peut répondre à la situation de tous les patients ;
- ▶ Les soins doivent être rapidement disponibles ;
- ▶ Les soins ne doivent pas se centrer uniquement sur la consommation ;

États–Unis

- ▶ La durée de traitement est importante pour l'efficacité de la prise en charge ;
- ▶ Une évaluation continue doit être réalisée ;
- ▶ La psychothérapie est une composante essentielle de la prise en charge ;
- ▶ La médication est une composante importante de la prise en charge ;
- ▶ Une prise en charge intégrée est nécessaire pour les personnes présentant une comorbidité ;

États–Unis

- ▶ Un traitement n'a pas besoin d'être volontaire pour être efficace ;
 - ▶ La désintoxication est seulement une étape et a souvent peu d'impact à long terme sur la consommation ;
 - ▶ La consommation doit être surveillée durant les soins ;
 - ▶ Le dépistage du VIH et des hépatites B et C devrait être généralisé durant les soins.
- 

L'Angleterre

- ▶ Réadaptation avec hébergement
 - Durée des soins jusqu'à 12 mois (avec la ligne des 3 mois)
 - Abstinence requise (« alcohol-free »)
 - « Pairage » entre patients et soins
 - + intensif pour problème + sévère ;
 - + structuré pour patients avec troubles cognitifs

L'Angleterre

▶ Paradigmes

- Modèle des 12 étapes (Minnesota) ($\leq 50\%$)
- Communauté thérapeutique ($\approx 50\%$)
- Approche cognitive-comportementale ($\geq 70\%$)
- Développement des compétences personnelles
- Basée sur la foi ($\leq 10\%$)

L'Australie

- ▶ Centres de soins
 - Communautés thérapeutiques (\approx 50%);
 - Autres modèles
 - Court séjour (- 3 mois) avec désintoxication incluse
 - Séjour long (3 - 12 mois)
 - Séjour “low-intensity” avec suivi en ambulatoire
 - Soins avec médicament de substitution (abstinence)

L'Australie : les communautés thérapeutiques

- ▶ Objectif d'abstinence (avec contrôle régulier de l'absence de consommation) ;
 - ▶ Procédures pour réagir lorsque les valeurs de la communauté sont transgressées, avec des réponses adaptées aux circonstances ;
 - ▶ Contacts restreints avec l'extérieur, particulièrement au début des soins ;
 - ▶ Transgression des règles amène à une fin de contrat (pas de consommation, pas de violence, pas de vol, pas de relation sexuelle).
- 

Cadre de soin et libertés individuelles

- ▶ 1. L'addiction
 - ▶ 2. Les cadres de soin en Europe
 - ▶ 3. Les départs prématurés
 - ▶ 4. La réduction des risques
- 

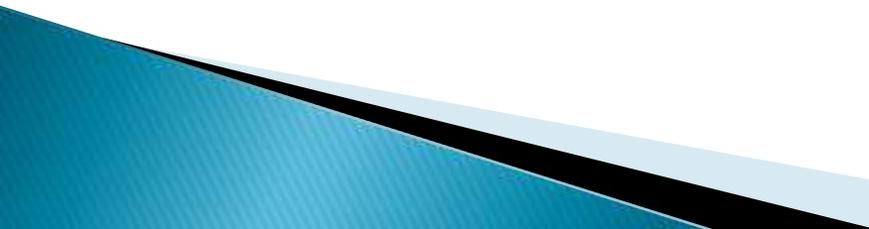
La fin d'un contrat de soin

- ▶ Situation 1 : Respect de la durée du contrat;
 - ▶ Situation 2 : Départ prématuré (par le patient ou l'établissement);
 - ▶ Situation 3 : Autres raisons (réorientation, décès...).
- 

Les départs prématurés, une situation de crise récurrente

- ▶ Faible taux de succès des programmes visant l'abstinence (rechute pour la majorité des patients en suivi à 12 mois);
- ▶ Échec d'un modèle unique d'intervention, 60% des usagers visant des objectifs de modification de consommation : réduction, contrôle, changement de substance, de mode, arrêt du produit principal.

Les départs prématurés (par le patient)

- ▶ Pour s'occuper d'une personne ou d'un animal ;
 - ▶ Arrivée d'une somme d'argent ;
 - ▶ Recherche d'emploi ;
 - ▶ Attentes non comblées (psychothérapie, mauvaise orientation ou perception des services offerts) ;
 - ▶ Passages à l'acte et difficultés à respecter les règles.
- 

Les départs prématurés (par l'établissement)

- ▶ Le patient est opposant ou agressif ;
 - ▶ Ne s'implique pas dans la démarche ;
 - ▶ Est ambivalent ou ne collabore pas ;
 - ▶ Le patient présente une problématique de santé mentale ;
 - ▶ Le patient négocie sans arrêt et fait des demandes disproportionnées.
- 

Les départs prématurés (par les études scientifiques)

- ▶ Profil des patients en situation de départ prématuré :
 - Profil psychosocial plus grave
 - Profil de consommation plus lourd

- ▶ Évènements précipitant le départ :
 - Les rechutes de consommation
 - Les transgressions des règles

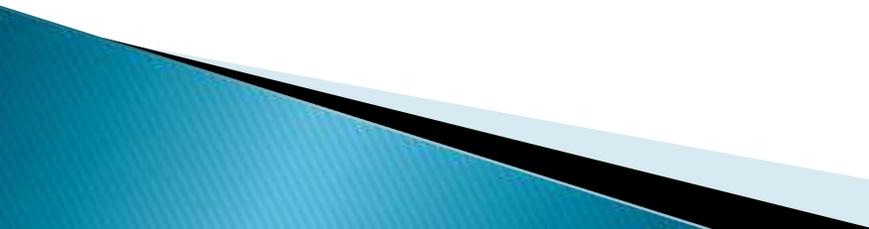
Deux pratiques quelquefois contre-productives

- ▶ La pratique des arrêts de soins (24h/48h) suite à une transgression :
Paradoxe pour certains patients (vécu de rejet et/ou de punition).
- ▶ L'intervention et l'alliance thérapeutique versus l'application des règles de vie.

Cadre de soin et libertés individuelles

- ▶ 1. L'addiction, un processus déstructurant
 - ▶ 2. Les cadres de soin en Europe, entre souplesse et fermeté
 - ▶ 3. Les départs prématurés, un constat récurrent
 - ▶ 4. La réduction des risques
- 

La réduction des risques

- ▶ Développement avec l'apparition du SIDA (+ UDI) ;
 - ▶ Concept de santé publique « centré sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage » (Brisson, 1997) ;
 - ▶ Concerne les méfaits sur la personne elle-même, l'entourage et les ressources.
- 

La réduction des risques

Deux valeurs :

- ▶ **Pragmatisme** (l'impossible prohibition, réduire les risques et les conséquences, hiérarchie d'objectifs...)
- ▶ **Humanisme** (accueil à bas seuil/haute tolérance, aller à la rencontre des usagers, respect des choix du sujet, tolérance plutôt que tolérance zéro...)

La réduction des risques

- ▶ De la santé publique à la réadaptation...
- ▶ La réduction des risques (RdR) en contexte de réadaptation en addictologie : un paradigme éthique et scientifique?

La RdR en contexte de réadaptation

- ▶ L'abandon de l'objectif unique d'abstinence ;
 - ▶ Objectifs de changement sur l'ensemble des sphères de vie ;
 - ▶ Pratique particulièrement influencée par la personnalité de l'intervenant, son expérience professionnelle et ses valeurs.
- 

La RdR en contexte de réadaptation

Pragmatisme:

- ▶ Partir des objectifs du patient
- ▶ Établir une variété et une gradation des objectifs
- ▶ Menu d'options de changement

Humanisme:

- ▶ Empathie et haute tolérance
- ▶ Amélioration de la qualité de vie et réduction des méfaits de la consommation
- ▶ Services à l'entourage et en amont de la consommation problématique

Les limites à la RdR en contexte de réadaptation

- ▶ Quid de efficacité? Est-ce que le maintien de la consommation par une trop grande tolérance retarde et nuit à un véritable changement de mode de vie?
 - ▶ Comment assurer la stabilité et la cohérence d'un groupe?
 - ▶ Tensions entre le milieu de la réadaptation et les adeptes d'une vision plus « pure » de la réduction des méfaits
- 

En conclusion : quelque pistes...

- ▶ Réflexion d'établissement sur les différents cadres, et les pratiques d'intervention ;
 - ▶ Débats sur les croyances et valeurs du personnel quant à l'intervention auprès des patients ;
 - ▶ Souplesse et cadre, deux principes qui se rencontrent (et parfois se confrontent)...
 - ▶ Pas de consensus sur les modalités d'application intra et interservices.
- 

Merci de votre attention.

