

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Dr Vincent Meille\*

\* Service de psychiatrie et d'addictologie, CHU de Dijon, 14, rue P. Gaffarel, F-21079 Dijon Cedex. Courriel : vincent.meille@chu-dijon.fr

# Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ?

Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ?  
En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

Les centres de soins sanitaires

## Résumé

La réduction des risques et des dommages (RdRD) est habituellement associée à la pratique des soins ambulatoires, notamment de première ligne, en CAARUD ou CSAPA. Cependant, cette stratégie thérapeutique s'avère également pertinente dans les structures sanitaires. L'évolution des conduites addictives, vers une multiplicité des substances consommées par un même patient, ne permettent plus aux structures résidentielles de se limiter à une interdiction de tout produit en leur sein. Dans ce contexte, RdRD et abstinence deviennent des objectifs thérapeutiques complémentaires à différentes étapes du parcours de soin. Un projet thérapeutique intégrant la RdRD permet aux patients d'expérimenter sur une période prolongée le manque dans l'abstinence, tout en y associant une gestion de la transgression. Sans banaliser une consommation, ou légitimer le patient dans son comportement, il s'agit de prendre en compte en tant que soignant la parole du patient, et d'avoir la préoccupation d'élaborer une véritable alliance thérapeutique, pour aboutir à une conception élargie de la RdRD, celle du changement et du choix. L'intégration de la RdRD au sein des structures résidentielles, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite donc une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques et une évolution du positionnement des soignants, centrés davantage sur l'accompagnement du patient vers un "choix libre et éclairé" que sur la transposition d'un programme de soin monolithique.

## Mots-clés

Réduction des risques et des dommages – Structure sanitaire – Parcours de soin – Éducation thérapeutique.

À l'initiative de la Fédération Française d'Addictologie, 7-8 avril 2016, Paris.

## Summary

**Should we distinguish locations and actors according to different types of action (who does what in terms of HRR)? How to perform risk reduction in treatment centres? In medical homes? Social housing? In prison? The health care centres**

Harm and risk reduction (HRR) is usually associated with ambulatory care, in first line therapy in CAARUD (Welcome and supporting centers for risk reductions for drug users – *Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues*) or CSAPA (Therapeutic, support and prevention centres in addictology – *Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*). However, this therapeutic strategy could also be suited to health institutions. With the evolution of addictive conducts, toward use of multiple substances by the same user, housing centres cannot limit their actions to prohibiting any product on the premises. In that context, HRR and abstinence are complementary therapeutic approaches at different steps of health care. A therapeutic project including HRR allows patients to experiment in the long term, withdrawal in abstinence while associating the management of transgression. Without downplaying drug use or comforting patients in their behaviours, it means to take into account as caregivers, what the patient has to say and to be adamant to design a true therapeutic alliance, to end up in an enlarged vision of HRR, encompassing change and choice. Integrating HRR in residential structures, historically focused only on the objective of abstinence warrants a re-evaluation of all their therapeutic programmes and an evolution of the positioning of their caregivers, focusing more on helping the patient toward "a free and enlightened choice" rather than the implementation of a monolithic care programme.

## Key words

Harm and risk reduction – Health centres – Care pathways – Therapeutic education.

L'intégration de la réduction des risques et des dommages (RdRD) est l'objet de réflexions depuis plusieurs années dans les centres résidentiels de soins, autant au niveau local que national. La pluralité des approches cliniques et la grande hétérogénéité du public accueilli multiplient les abords qui peuvent en être fait, et il est délicat de trouver un positionnement consensuel. Avant même la préparation de cette Audition publique, l'intégration de la RdRD s'est imposée concrètement ces derniers mois, à l'occasion de la création d'un CSRA (court séjour de recours d'addictologie du CHRU de Dijon) et de la coordination médicale d'un SSRA (service de soins de suite et de réadaptation en addictologie – Centre Marceau, Association du Renouveau), avec parfois une remise en question d'éléments fondamentaux, historiques, de ces structures. Ainsi, la discussion présentée porte essentiellement sur les centres de soins sanitaires, le complément étant exposé par mon co-expert, M. Valère Rogissart.

## Introduction

Le type de produits consommés, les modes de prise ou le profil des patients ayant des conduites addictives évoluent continuellement, et la perception et la prise en charge des addictions par les soignants s'adaptent en parallèle, afin que les soins proposés soient les plus pertinents et les plus efficaces possibles. Cependant, l'émergence ces dernières années de nouveaux principes forts, tels que la RdRD, en complément de l'abstinence, induisent, à travers ce que certains qualifient de "changement de paradigme", une remise en question en profondeur de l'offre de soins. La sémiologie historique de la dépendance à certains produits courants, tel l'alcool, apparaît désormais discordante avec la clinique actuelle. Alors que traditionnellement ces patients présentaient une dépendance unique, ou associée au tabac, et une trajectoire progressive et chronique, nous rencontrons désormais fréquemment des poly-addictions complexes, associant notamment alcool, cannabis, tabac et médicaments, parfois dans un public inhabituel, adolescent (*binge drinking*) ou jeune adulte.

Les prises en charge elles-mêmes ont évolué avec des consommations sous traitement par baclofène ou nalméfène, ou l'apparition de la cigarette électronique, dispositif non médical mais perçu comme un traitement de substitution par les patients.

Cette évolution est désormais intégrée dans les classifications nosologiques. Alors que les patients dépendants étaient jusqu'à présent singularisés vis-à-vis des autres consommateurs (DSM-IV), le consensus actuel est en faveur d'un continuum des conduites addictives selon des niveaux de gravité croissante (DSM-5), quel que soit le produit consommé, ou s'agissant d'addictions comportementales (le DSM ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* est un ouvrage de référence publié par la société américaine de psychiatrie – APA – décrivant et classifiant les troubles mentaux).

Ces évolutions rapides à la fois des patients et des concepts induisent une remise en question et probablement une adaptation des soins prodigués en structures résidentielles.

La RdRD fait déjà partie intégrante des soins ambulatoires, et notamment des structures de première ligne, tels les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) et les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). La RdRD est alors le plus souvent associée à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injectables, ou devient une prise en charge "par défaut" de patients réticents à une demande de soin plus élaborée.

Cependant, dans ce contexte particulier que nous venons de décrire, la RdRD devient désormais un outil ou un objectif thérapeutique précieux dans les structures sanitaires (hospitalières et SSRA) dont le rôle principal, dicté par le législateur, s'articule pourtant autour du sevrage et du maintien de l'abstinence.

## Le milieu résidentiel : des structures complémentaires

La circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 (1), relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, définit avec précision l'organisation du secteur sanitaire en addictologie, et plus précisément le rôle et le fonctionnement de structures complémentaires, le CSRA et les structures de soins de suite et de réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites addictives (SSRA).

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/

O2/2007/203 du 16 mai 2007 (2) positionnent le CSA (court séjour d'addictologie) et le SSRA comme les structures de recours d'un territoire (500 000 habitants), et étendent leur champ d'action à l'ensemble des pathologies addictives, avec ou sans substance, en faisant ainsi des structures "généralistes en addictologie".

### **CSA et CSRA : des structures dédiées aux soins aigus**

Leur mission principale, définie dans la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 (1), est d'assurer le sevrage au produit. Cependant, ils doivent également établir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale.

Le CSA permet de réaliser des sevrages simples durant une hospitalisation relativement courte, de cinq à dix jours. Il doit exister dans tout établissement de santé disposant d'une structure d'urgence.

Le CSRA accueille les patients qui nécessitent un sevrage complexe et donc un programme thérapeutique intensif du fait d'une dépendance majeure, de la nécessité de bilans approfondis à cause de l'importance de leurs problèmes et/ou qui sont en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage.

Ces deux structures sont classiquement les premiers maillons des soins résidentiels, et sur une période relativement courte, le CSRA devra organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif sanitaire et notamment, si besoin, un SSRA.

C'est au cours de cette étape critique des soins que le patient débute avec l'aide des soignants une réflexion sur son avenir, affranchie de l'influence, voire de l'aliénation du produit.

### **Les SSRA**

Les SSRA ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation. Selon la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 (1), la prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

Le projet thérapeutique, fondé sur un séjour prolongé de cinq à 14 semaines et un éloignement prolongé vis-à-vis des produits, est axé sur la préparation du retour au lieu de vie, ce qui, historiquement, a fait percevoir les SSRA comme des lieux de protection vis-à-vis des produits, prônant uniquement l'abstinence. Un autre abord serait de présenter les SSRA comme un lieu permettant un choix éclairé du patient quant à ses soins et son avenir, libéré de l'influence des produits consommés, et valorisant la découverte d'une qualité de vie et la prise de conscience des dommages engendrés par ses addictions.

### **Des profils de patients particuliers**

Bien que les missions dédiées à ces structures paraissent relativement claires, la mise en œuvre des soins demeure complexe, notamment du fait du polymorphisme des présentations cliniques.

Les soins doivent être adaptés en fonction de nombreux facteurs dont l'importance de chacun doit être évaluée tout en conservant une vision globale : le nombre et le type de produits consommés ; les comorbidités somatiques associées, induites ou non ; l'existence de troubles cognitifs et leur répercussions sur les capacités du patient à mettre en œuvre le programme thérapeutique ; les comorbidités psychiatriques fréquentes, en termes de trouble de l'humeur ou de troubles de la personnalité ; la prise en considération des problématiques sociales, familiales et professionnelles ; la disposition personnelle actuelle du patient vis-à-vis des soins ; sa trajectoire et sa motivation au changement ; etc. Ainsi, bien que tous les patients présentent une ou plusieurs conduites addictives, la sévérité de ces conduites et la gravité des comorbidités sont très différentes. En fonction du temps, chez un même patient, la motivation, les objectifs de consommation ou les objectifs de vie fluctuent : sa trajectoire n'est pas rectiligne et ses besoins de soins changent, ce qui l'amène à circuler dans l'offre de soins.

Le profil des patients accueillis en milieu résidentiel est donc différent de celui des structures ambulatoires. Afin de mieux connaître cette population, les SSRA adhérents de la FNESAA (Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie qui regroupe aujourd'hui 29 établissements – 1 150 lits – de deux catégories : centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et centres d'hébergement et de réinsertion sociale spécialisés à orientation

addictologique) ont mis en place un outil statistique de recueil de données descriptives médico-sociales depuis 2006. Ces données ont pu être comparées à celles recueillies par les CSAPA (ou anciennement CCAA) dans le cadre du questionnaire similaire RECAP coordonné par l'OFDT (3). Ainsi, 42 571 patients vus en CSAPA ont été comparés à 902 patients hospitalisés dans 29 SSRA (FNESAA).

L'étude des résultats (??) montre que la population en SSRA, par rapport aux CSAPA, présente une morbidité et une situation socio-économique plus sévères : les patients sont plus âgés, leur consommations plus anciennes et plus intenses, et leur situation sociale plus précaire. Les troubles anxio-dépressifs sont moins fréquents au moment de l'hospitalisation, ce qui est attendu du fait d'un sevrage préalable en milieu hospitalier généraliste, mais les patients présentent plus fréquemment des pathologies psychiatriques, des troubles de la personnalité et des antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Concernant les soins aigus en addictologie, l'étude transversale ESPERHA 2010 (4), menée par l'OFDT, a étudié un jour donné le profil de 3 000 patients hospitalisés dans 143 établissements de santé. Les résultats montrent une large prévalence de la pathologie alcool et démontrent que par rapport aux patients vus en ambulatoire (CSAPA ou consultations d'addictologie), les patients hospitalisés sont également plus sévères : plus âgés, le plus souvent isolés, et dans une situation socio-économique plus défavorisée, avec davantage de patients qui bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou d'autres prestations sociales.

### ***Des modèles de soin multiples***

L'objectif des soins ne peut alors se résumer à la suppression de toute conduite addictive et doit positionner le patient dans une posture active privilégiant l'alliance thérapeutique tout en fixant une perspective à moyen terme.

Dans cette perspective, la prise en charge peut alors se décliner sur d'autres modalités que l'hospitalisation complète. Un relais en hospitalisation de jour favorise ainsi un meilleur accompagnement vers le retour au lieu de vie, en favorisant une meilleure transposition au domicile des acquis du séjour résidentiel, de même que

les hospitalisations séquentielles, qui accompagnent les patients vers une consolidation des soins et constituent une forme de prévention des rechutes.

## **Quelle place pour la RdRD au sein de ces structures ?**

---

### ***Le patient acteur de ses propres soins***

Un programme thérapeutique structuré autour de la prescription d'une abstinence absolue, où la rechute est synonyme d'interruption des soins, ne laisse que peu de place au patient pour influencer sur son avenir. Cela favorise une forme d'infantilisation et de soumission devant une parole dogmatique, une attitude de passivité et d'attente, pouvant aboutir à un retour traumatique vers le lieu de vie, terrain facilitant la rechute. Ainsi les séjours de sevrage imposés, parfois même en service fermé de psychiatrie, ne montrent que peu de bénéfices sur le long terme. Un positionnement des soins reposant sur la motivation au changement et sur l'appropriation par le patient des connaissances et des outils pour élaborer son projet de vie rétablit le patient dans une posture active et dynamique. Le développement de ce type de programme thérapeutique n'aboutira qu'avec une place privilégiée dédiée à une éducation thérapeutique du patient (ETP) formalisée au sein des structures de SSRA.

Aussi, l'évolution des pratiques et des concepts, notamment la meilleure prise en compte des souhaits du patient et la volonté des soignants d'accorder au patient une part plus active dans les soins, apporte une valence supplémentaire aux SSRA, avec comme objectif de permettre au patient de construire son projet de soin après son séjour.

### ***Un choix libre et éclairé***

L'abstinence et la consommation contrôlée sont des stratégies thérapeutiques précieuses, complémentaires, qui peuvent être associées chez un même patient à différentes étapes des soins.

Lors d'une période d'abstinence, il existe une prise de conscience du patient des dommages engendrés par ses consommations chroniques, du fait de l'amélioration de ses capacités physiques, cognitives, de sa présentation



ou de la rémission d'autres comorbidités, notamment psychiatriques. De même, il va pouvoir redécouvrir certaines capacités dont il pensait avoir fait son deuil, notamment sociales et relationnelles. Ces éléments vont étayer sa réflexion autour de son avenir lors de son retour dans son lieu de vie, que celui-ci soit axé sur un maintien de son abstinence ou sur le contrôle de ses consommations.

Un patient enfermé dans une consommation permanente et chronique n'a pas la possibilité, par définition, d'un choix éclairé sur son avenir. Il développe progressivement un sentiment de résignation devant sa dépendance, voire d'incurabilité. La perte des capacités d'anticipation du patient, associée à une symptomatologie dépressive, le plus souvent lors de consommations d'alcool, aboutit à ce que le patient s'interdise l'idée d'une évolution favorable. La période en CSRA, puis en SSRA, à l'écart de ses rituels, guidée par les soignants, permet une mise à distance de ces éléments, une revalorisation et ainsi une réflexion inédite autour de son choix de vie à la sortie. Il s'agit également de proposer aux patients d'expérimenter sur une période prolongée le manque dans l'abstinence, tout en y associant une gestion de la transgression. Le séjour devient alors une période nécessaire à la prévention et à l'anticipation de la décompensation d'autres conduites addictives, comme l'intensification des consommations d'alcool au décours d'un sevrage aux opiacés ou d'une prescription de traitement de substitution.

Le choix du patient et des soignants peut alors comporter un objectif de RdRD à travers un objectif de consommation contrôlée. Ainsi, l'abstinence pratiquée durant son séjour pourrait n'être qu'un moyen de raisonner librement sur une conduite de contrôle des consommations par la suite, ou sur un choix d'abstinence parfois vécu comme plus sûr, stratégie différente de la RDRD.

Un lieu protégé des consommations, permettant une période d'abstinence vis-à-vis d'un produit, peut donc, en soi, promouvoir un objectif de RdRD : celui d'un contrôle des consommations ou du maintien d'un projet d'abstinence.

### **La RdRD du changement et du choix**

Lors de sa prise en charge, un patient va formuler une demande le plus souvent en rapport avec une subs-

tance précise, dont il a, à tort ou à raison, identifié les dommages. Cependant, il est rare de ne pas rencontrer de comorbidités addictives, et si la motivation au changement pour le produit princeps est forte, elle est souvent inexistante voire hostile concernant les autres addictions. Située dans ce contexte, la réduction des doses (et non la RdRD) devient un principe de réalité :

- **Implicite** : le patient tabagique hospitalisé pour un sevrage de sa consommation d'alcool va devoir réduire sa consommation de tabac, du fait des contraintes propres à son statut de patient hospitalisé. Cette réduction n'est pas systématiquement repérée ou accompagnée par l'équipe soignante et peut dans ce cas devenir source de tension, d'anxiété, et s'avérer délétère pour l'alliance thérapeutique.

- **Indissociable** : situation portant le plus souvent sur les substances illicites ou sur le mésusage médicamenteux, représentant une contrainte ressentie par le patient et pouvant compromettre la prise en soin. Ainsi, certains consommateurs d'opiacés volontaires et focalisés sur la prescription d'un traitement de substitution n'envisageront pas l'arrêt du cannabis. De même, un patient hospitalisé pour son problème d'alcool pourra être réticent à diminuer les posologies de ses psychotropes dont il est devenu dépendant.

Ces différents cas de figure pourront être perçus comme des mouvements contraires aux soins, voire des infractions au règlement intérieur motivant l'interruption du séjour. Cependant, les replacer dans une perspective de RdRD, notamment via une meilleure formation des équipes, et donc une meilleure information transmise au patient, participerait à l'amélioration clinique de ce dernier. Accepter l'idée d'une consommation modérée d'un produit lors des hospitalisations en structure de soins contribuerait à une meilleure alliance thérapeutique, le patient ne subissant plus les soins dictés, mais étant acteur dans le choix de son contrat de soin.

Il ne s'agit pas de banaliser une consommation, ou de légitimer le patient dans son comportement, mais de prendre en compte en tant que soignant la parole du patient et d'avoir la préoccupation d'élaborer une véritable alliance thérapeutique, pour aboutir à une conception élargie de la RdRD, celle du changement et du choix. L'objectif de la prise en charge addictologique n'est pas en soi d'obtenir l'abstinence, mais d'aboutir à une amélioration de la qualité de vie du patient, une vie qui soit vécue dans la liberté et non plus envahie par un produit ou un comportement.

### **La RdRD à l'échelle des structures**

Les patients souffrant de pathologies addictives présentent davantage d'hospitalisations en milieu somatique et psychiatrique que la population générale. Les prises en charge des comorbidités addictives, prévalentes durant ces périodes, sont alors volontiers spécialisées et indépendantes de la prise en charge addictologique. La création d'ELSA (équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie) dans tous les hôpitaux généraux dotés d'un service d'accueil des urgences a permis d'intégrer de nombreux patients dans la filière addictologique, notamment via une approche de RdRD. Pour les patients qui sont confrontés à un premier dommage physique lié à leur conduite addictive, il est en effet plus acceptable de remettre en question l'intensité et la régularité de leur consommation que de se voir imposer d'emblée un interdit.

La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques représente un cas de figure qu'il convient de singulariser : ces patients sont plus fréquemment affectés que la population générale par l'usage de substances psychoactives et sont aussi plus vulnérables aux conséquences immédiates et tardives de ces consommations. Les troubles liés à l'utilisation d'alcool impactent fortement la morbidité, les conduites à risque, l'observance de soins et l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ces troubles s'aggravent entre eux et nécessitent d'être pris en soins conjointement ; cependant, ils sont encore majoritairement traités de manière indépendante en fonction du service où ils sont pris en charge et selon le diagnostic ou le contexte de l'admission.

Les soins proposés aux patients sont alors fréquemment séquentiels, avec un traitement des troubles l'un après l'autre, ou parallèles, les traitements étant administrés simultanément par deux équipes différentes souvent sans réel partage d'information ou de coordination. La responsabilité de l'intégration ou de l'organisation des soins est alors laissée au patient, en négligeant certains de ses besoins ou handicaps, et à son médecin référent, lorsqu'il est impliqué. Tous deux devront faire face à des messages parfois contradictoires, à des injonctions paradoxales et à un manque d'information au fil du parcours ne favorisant pas l'alliance thérapeutique.

Plusieurs études témoignent de l'efficacité des "pratiques de soins intégrés" dans ce contexte. Ces programmes intégratifs réalisés au sein d'un même service

ou d'une même équipe transversale et transdisciplinaire favorisent l'évaluation conjointe des problématiques somatiques, addictives, neurocognitives, psychiatriques et sociales.

Elle pourrait associer la systématisation d'un bilan d'admission addictologique favorisant une évaluation globale des conduites addictives, d'un entretien de réduction des risques et d'une prescription adaptée des traitements psychotropes. Accompagnés par des formations spécifiques addictologiques pour les équipes soignantes psychiatriques, ces soins pourraient être optimisés par le développement d'équipes de liaison ou de consultations avancées de psychiatrie spécialisée en addictologie et par la mise en place d'une filière de soin addictologique complémentaire en psychiatrie.

### **... et du parcours de soin**

La RdRD est spontanément associée à la réduction d'un comportement à risque, dans son intensité ou sa fréquence. Or, la RdRD pourrait également être abordée de façon plus globale, non plus d'un point de vue individuel, mais institutionnel.

Le parcours de soin du patient souffrant de conduites addictives comprend de nombreux intervenants, de tous les secteurs sanitaires et médico-sociaux, et chaque interface entre ces intervenants représente un point de faiblesse, une vulnérabilité dans la prise en charge. Une meilleure coordination des soins pourrait en soi améliorer l'efficacité de chacune des structures et constituerait un gain de chance pour le patient.

Cela concerne autant les structures spécialisées, par la continuité du projet de soin, que la connaissance du réseau par les structures annexes. Ainsi, un patient hospitalisé en CSRA dans un objectif à terme de contrôle des consommations peut se retrouver fragilisé une fois adressé en SSRA si le projet est d'emblée remis en question, ou s'il existe un intervalle de temps important avec retour au domicile entre les deux séjours.

Les périodes critiques de la prise en charge des patients hospitalisés en résidentiel se concentrent autour de l'entrée et de la sortie. La coordination imparfaite des différentes structures (ambulatoires, hospitalisations de court séjour et SSRA) participe à l'interruption de la prise en charge ou à un manque de cohérence globale.

## Quelles évolutions pour le résidentiel ?

### **Améliorer le parcours de soin pour améliorer la rétention aux soins**

Améliorer la cohérence du parcours de soin à travers une meilleure communication entre les différents intervenants, en privilégiant notamment la création de postes “ménisques”, médicaux et paramédicaux, exerçant dans différentes structures ambulatoires et résidentielles, participerait à décloisonner les structures en amont et en aval, à distinguer le temps du sevrage, le temps de maturation du projet et le retour à la vie hors institution, aiderait le patient à construire un projet cohérent, global, et ainsi participerait à une meilleure alliance thérapeutique et rétention aux soins, et de cette façon à une forme de RdRD.

### **Le rôle de la famille**

La réussite d'un projet de soin intégrant la RdRD est indissociable de l'intégration des proches du patient au processus. Autant la perspective d'un sevrage et d'une interruption de toute prise de substance apparaît naturelle aux familles de patients, et suscite le plus souvent un étayage fort des soins immédiats, autant la présentation d'un projet futur centré sur le contrôle des consommations sera accueillie avec scepticisme, d'autant plus si celui-ci est formulé durant une période d'abstinence. Or, la restitution du patient au sein de la sphère familiale, dans une position adaptée et digne, est essentielle à la stabilisation clinique. La prise en charge des familles, déjà essentielle dans une prise en charge addictologique, doit donc être encore davantage développée, via des prises en charge systémiques ou des groupes de paroles spécifiques.

### **Les associations de patients**

Le soutien, apporté par les différentes associations, participe activement à la consolidation de l'état de santé des patients au décours des soins résidentiels. Cependant, à ce jour, la RdRD sans l'abstinence est une notion rarement assimilée, et les patients adoptant ce type d'objectif thérapeutique ne peuvent que difficilement s'y intégrer, les groupes étant le plus souvent focalisés sur un objectif d'abstinence. Là encore, un travail autour de l'information sur la RdRD reste une condition indispensable à un parcours de soin coordonné, afin de ne pas priver certains patients d'une aide précieuse.

### **Sensibiliser les soignants à la RdRD**

Le secteur résidentiel reste parfois attaché à une posture d'interdit vis-à-vis des substances du fait d'un positionnement marqué des équipes soignantes. Celles-ci peuvent redouter de quitter un discours clair, parfois simple, autoritaire, dogmatique, simplement mécanique ou “confortable” pour une réelle discussion, voire même un débat avec le patient, et ainsi devoir se positionner dans un échange plutôt que dans la transmission d'un savoir. Cette évolution nécessite une formation, puis un accompagnement spécifiques des équipes soignantes à la RdRD, ainsi qu'une adaptation globale de l'institution, afin d'éviter une RdRD au cas par cas, fluctuant en fonction du soignant et ne permettant pas une prise en charge homogène des patients.

### **Remanier le fonctionnement des structures elles-mêmes**

Une structure de soin doit se centrer sur une problématique, offrir aux patients les meilleures conditions possibles pour élaborer le meilleur choix possible, ce qui doit l'amener dans la réflexion sur son fonctionnement à s'éloigner de la dimension comportementale de la RdRD. Il s'agit de se positionner dans un juste équilibre, en préservant l'alternative d'une préparation et d'un accompagnement vers une abstinence définitive.

Ainsi, un SSRA ajustant son cadre afin de simplement adapter les comportements de RdRD par rapport aux produits risquerait de devenir un lieu de consommation sans rôle thérapeutique avéré, déresponsabilisant les consommateurs, et pourrait simplement être perçu comme un espace de tolérance et de liberté de consommation.

L'évolution actuelle de la majorité des SSRA préserve le concept général d'un environnement protégé et protecteur, avec des adaptations rendues nécessaires par l'ouverture aux autres produits que l'alcool et la prise en compte des addictions à produits multiples. Ainsi, on peut retrouver un principe d'interdiction des toxiques illicites, une tolérance graduée selon les produits addictifs, adaptée à chacun des patients “tant qu'il y a une alliance et une possibilité d'évolution”, tout en renforçant le cadre afin de se protéger du phénomène du prosélytisme.

## Évolution du cadre et du contrat de soin

La plus grande partie des SSRA et CSRA sont familiaux du contrat de soin, qui indique au patient dès son entrée à la fois le fonctionnement de l'institution et les règles fondamentales liées aux soins. Cet outil s'avère précieux dès lors que le cadre et les règles sont simples et ne souffrent pas d'exception. Cela facilite également la gestion du groupe de patients, chacun étant soumis aux mêmes règles. Cependant, dans une perspective de RdRD, ces outils rigides peuvent devenir des freins à l'individualisation et à la personnalisation des soins. Ainsi, si l'introduction de substance dans la structure est le plus souvent synonyme d'exclusion, la consommation ponctuelle prend souvent la valeur d'un coup de semonce. L'enjeu est de définir un univers cohérent, englobant la prescription d'une abstinence totale chez certains patients et la tolérance de certaines consommations en permission ou en journée. Parfois, en se combinant chez un même patient polyconsommateur, avec des objectifs distincts concernant l'alcool, le cannabis ou les benzodiazépines.

Le cadre de ces structures doit désormais reprendre des critères portant sur la trajectoire, l'évolution et la dynamique du patient. Il s'agit également de définir avec précision des objectifs individualisés, en fonction des possibilités de chaque patient, et d'évaluer constamment le maintien d'une évolution constatée, et cela en fonction des différents produits consommés jusqu'alors, en prenant en compte que certains seront arrêtés, d'autres diminués, et en tolérant que d'autres soient poursuivis. Le projet thérapeutique individualisé du patient, initié dans les premiers 15 jours du séjour, devient alors le contenant du contrat de soin.

## Le contenu du programme thérapeutique

L'évolution des structures résidentielles se poursuit avec l'émergence de SSRA dotés de spécificités propres et de programmes thérapeutiques adaptés : certaines structures adaptent leurs soins à la prise en charge des troubles cognitifs, en se dotant de moyens thérapeutiques dédiés, via le recrutement de neuropsychologues ; d'autres vont focaliser leur programme thérapeutique sur l'activité physique ou sur l'accompagnement mère-enfant. L'objectif est une personnalisation des soins plus fine et plus aboutie pour certains profils de patients, en privilégiant soit certaines pathologies (comorbidités somatique, cognitive, psychiatrique...), soit un axe de prise en charge (psychothérapeutique, psychosocial,

psycho-organique...) tout en maintenant une prise en charge addictologique et médico-psychosociale généraliste.

Dans la perspective d'optimiser les conditions d'un choix libre et éclairé par le patient, cette tendance ne peut que se confirmer en apportant des soins dans telle ou telle dimension pour stabiliser le patient au plus vite. Intégrer pleinement le contrôle des consommations au sein des structures sanitaires impose d'adapter tous les niveaux d'organisation des soins et pourrait devenir en soi une spécificité de certains SSRA.

Un programme de RdRD élaboré dans cette démarche comprendrait plusieurs phases :

1. Une phase de bilan initial personnalisé dans les références de type motivationnel, analyses expérientielles...
2. Une phase de séquences coordonnées, formalisées de type "programme d'ETP" en fonction des produits, des pathologies, des situations sociales.
3. Une dernière phase de préparation à la sortie et d'organisation du suivi avec, entre autres, prévention des risques, stratégies d'adaptation sur le *craving*, évolution par objectifs et étapes... pouvant s'inspirer notamment des thérapies cognitivo-comportementales.

## La réaffirmation de la dimension collective

L'un des bénéfices essentiels du séjour résidentiel est de réinscrire le patient dans un univers social ayant des interactions complexes, dans des situations conviviales, amicales ou de désaccord, voire même conflictuelles. Cela contribue à un retour vers une sociabilité, et une redécouverte par les patients de leurs capacités sociales. Permettre d'éprouver une forme de plaisir ou de gratification dans l'interaction avec l'autre influe fortement sur la motivation au changement du patient. En recréant des événements de vie "contrôlés", le séjour en SSRA permet au patient de se découvrir ces capacités, en termes d'intolérance à la frustration ou d'impulsivité par exemple.

Au sein de cette forme de société protégée et encadrée, le séjour résidentiel permet de nouveau l'expérience d'une vie collective et de ses difficultés afférentes : conflits, inimitiés, exclusion..., d'autant plus importante dans une perspective d'accompagnement du changement et du renforcement de la motivation (solidarité, identifications croisées, etc.).



Cependant, la RdRD recentre les soins sur l'individu et sur sa démarche personnelle. L'addiction induisant déjà un isolement social et altérant les capacités de sociabilité, une prise en charge uniquement individuelle ne doit pas amplifier ce phénomène et conduire à encore davantage d'individualisme.

## Conclusion

Le séjour en milieu résidentiel demeure une parenthèse dans la trajectoire du patient, un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme, voire même d'un projet de vie à un moment donné. Complémentaire et articulé avec la prise en charge ambulatoire, il doit pouvoir accompagner le patient, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, dans l'abstinence, ou de leur combinaison chez les patients présentant plusieurs addictions.

L'intégration de la RdRD au sein de ces structures, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques, de l'accueil des patients, du fonctionnement interne, et une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement du patient vers un "choix libre et éclairé" que sur la transposition d'un programme de soin monolithique. ■

V. Meille

Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ? Les centres de soins sanitaires.

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (3) : 266-274

## Références bibliographiques

- 1 - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Paris : Ministère ; 2008.
- 2 - Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Paris : DGS ; 2007.
- 3 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Saint-Denis : OFDT ; Rapport annuel depuis 2005.
- 4 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Étude ESPERHA – Enquête sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction. Saint-Denis : OFDT ; 2012.

### Autres références

- Lang JP, Bonnewitz ML, Kustererc M, Lalanne-Tongio L. Alcohol consumption in patients with psychiatric disorders: assessment and treatment. *L'Encéphale*. 2014 ; 40 (4) : 301-7.
- Fédération Addiction. Rapport d'enquête "Agir en réduction des risques, en CSAPA et en CAARUD". Paris : FA ; 2016.
- Fédération Addiction. Soins résidentiels collectifs : pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels. Paris : FA ; 2013.
- Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Rapport remis à Mme Danièle Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDT ; 2013.
- Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe. Réduction des dommages. Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Strasbourg : GP ; 2013.
- CRIPS Alpes Côte d'Azur. Réduction des risques : bilan et perspectives. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Marseille : CRIPS ; 2007.
- Commission Mondiale pour la Politique des Drogues. La guerre aux drogues. Rapport. Genève : Commission ; 2011.
- Fédération Addiction. Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? *Acta*. 2013 ; (13).
- Trojak B, Meille V, Bonin B. Benefits of alcohol reduction strategies. *Le Courrier des addictions*. 2014 ; 16 (2) : 18-9.
- Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition publique. Paris : HAS ; 2007.
- Fédération Française d'Addictologie. Assises. Addictions, risques et dommages : vers un consensus. 8-9 octobre 2014 ; Paris.
- Cleary M, et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (review). *The Cochrane Library*. 2010 ; (3).
- Kuehn BM, et al. Integrated care key for patients with both addiction and mental illness. *JAMA*. 2010 ; 303 (19) : 1905-7.