ADDICTIONS & troubles psychiatriques

REPÈRES

Sommaire

REMERCIEMENTS 4
PRÉFACES 5
AVANT-PROPOS par Jean-Michel Delile, Président de la Fédération Addiction 7
INTRODUCTION 9
CHAPITRE 1 : POINTS DE REPÈRE(S) 13
1. PANORAMA 14
2. ENJEUX 19
CHAPITRE 2 : DES RENCONTRES D'IDENTITÉS ET DE CULTURES 21
1. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES INTERVENANTS CONCERNÉS 22
2. DES LOGIQUES STRUCTURELLES ET CONJONCTURELLES 23
CHAPITRE 3 : DES DÉFINITIONS 27
CHAPITRE 4 : LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DUELLES 35
1. SPÉCIFICITÉS ET PISTES DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DUELLES 36
1. Un paradigme pivot d'intervention : la réduction des risques en psychiatrie 36
2. Le repérage et le diagnostic 40
3. Les soins 43
2. DES APPROCHES DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES 49
1. Pathologie duelle chez les jeunes 49
2. L'enjeu de la prévention du risque suicidaire en addictologie 51
3. Les troubles cognitifs 52
4. Publics précaires et élargissement de l'accompagnement 54
CHAPITRE 5 : DES PRISES EN CHARGE : PARALLÈLES, SÉQUENTIELLES ET INTÉGRÉES 61
1. DÉFINITIONS 62
2. APPROCHES SÉQUENTIELLES/COORDONNÉES ET PARALLÈLES 63
1. Améliorer les échanges et les formations 63
2. Faire un bon usage du secret professionnel 68
3. Améliorer les compétences psychiatriques en addictologie 68
4. Travailler avec les dispositifs de liaison et de coordination 70
5. Renforcer les partenariats en s'appuyant sur les outils institutionnels 73
6. Développer des outils innovants favorisant le partenariat 77
7. Améliorer l'articulation en situation de crise 78
3. LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE 80
1. Des définitions 80
2. Le constat des professionnels : la nécessité de tendre vers une clinique commune 81
3. Exemples de prise en charge intégrée en France 81
4. Les limites de la prise en charge intégrée 84
5. La prise en charge intégrée à l'étranger : l'exemple Québécois 84
CHAPITRE 6 : DES MODALITÉS D'APPROCHE POUR UN ACCOMPAGNEMENT COMMUN 87
1. LA PLACE DES PAIRS AIDANTS 88
2. L'APPROCHE PAR LE RÉTABLISSEMENT 93
LIEN AVEC LES TRAVAUX DU CENTRE DE PREUVES 98
CONCLUSION par Georges Brousse 99
MÉTHODOLOGIE 100
ANNEXES 102

Remerciements

Nous adressons nos remerciements :

- Aux 29 centres, associations ou unités spécialisés en addictologie qui ont participé aux entretiens et ont accepté de nous ouvrir leurs portes ;
- Aux 108 structures médico-sociales et sanitaires de l'addictologie et de la psychiatrie qui ont accepté de prendre le temps de répondre à nos questionnaires ;
- Aux 68 participants aux groupes d'échanges thématiques, comprenant des professionnels des addictions, de la psychiatrie, des professionnels issus du champs de la lutte contre les exclusions, des usagers, des patients et des acteurs de la pair-aidance ;
- Aux partenaires de la santé mentale et de la psychiatrie qui ont accepté de relayer le questionnaire, notamment le Dr Olivier Canceil, vice-président de Santé Mentale France ;
- Aux membres du Conseil d'administration de la Fédération Addiction pour nous avoir permis de mener cette réflexion ;
- À la MILDECA (Mission Interministérielle de Luttes contre les Drogues et les Conduites Addictives), à la DGS (Direction générale de la Santé) et à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) pour leur soutien au projet ;

Nous remercions le Professeur Georges Brousse, psychiatre et le Docteur Jean-Michel Delile, psychiatre et président de la Fédération Addiction, tous deux référents du groupe projet, pour leur implication dans la conception et l'élaboration de ce guide.

Nous remercions :

- Jean-Pierre Couteron, Dr Mario Blaise, Jean-Pierre Julien, Elodie Berne et Coralie Hans, pour leur participation au groupe projet, leurs contributions écrites et relectures ;
- Dr Catherine Péquart, Sandra Bernardi, Dr Olivier Canceil, Dr Véronique Vosgien, Armel Claudepierre, Dr Christophe Icard, Dr Paola Revue, et Dr Nicolas Ballon pour leur participation au groupe projet et pour leurs relectures ;
- Le Pr Nicolas Franck, l'AJPJA et notamment le Dr Aurélie Berger-Vergiat et le Dr May Boumendjel pour leurs relectures et leurs conseils ;
- Le Dr Bruno Rocher, le Dr Guy Gozlan et le Pr Olivier Cottencin pour leurs contributions écrites ;
- Nathalie Latour et le Dr Aram Kavciyan pour leurs relectures attentives.

Préfaces

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

La qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiatriques et addictifs est une question tristement récurrente. La stigmatisation des personnes présentant chacun de ces troubles, encore renforcée par la concomitance des pathologies, est source d'un moindre accès aux soins. La complexité diagnostique, thérapeutique et souvent sociale rend incertain le succès des prises en charge. De plus, l'approche clinique souvent univoque selon l'orientation de l'équipe soignante accueillante tend à une faible adéquation de l'accompagnement proposé aux besoins cliniques et sociaux des patients.

Perçus comme particulièrement difficiles dans chaque champ d'intervention, ils doivent cependant pouvoir bénéficier de soins adaptés quelle que soit la porte d'entrée qu'ils choisissent d'ouvrir pour accéder au système de santé.

En renforçant la connaissance et la reconnaissance mutuelle, en faisant émerger des pratiques communes aux deux secteurs d'activité et en décrivant des partages d'expériences positives repérées sur le terrain, ce nouveau guide de la collection Repère(s) doit favoriser le décloisonnement des pratiques au bénéfice de patients souvent en grande difficulté. Issu d'une méthodologie de travail collaborative, il a permis durant les deux années de sa construction, des échanges et des rapprochements entre les professionnels de la psychiatrie et de l'addictologie et favorisé l'émergence d'une clinique commune.

Avec la Direction générale de la santé, en cohérence avec les travaux en cours d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, la MILDECA a souhaité soutenir la dynamique engagée par la rédaction de ce guide. Ainsi, au cours de l'année 2019, des temps d'animation territoriale en présence des professionnels de ces deux secteurs permettront de favoriser l'appropriation de ce guide et de concourir au déploiement des pratiques prometteuses qui y sont décrites.

Dr Nicolas Prisse
Président de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La co occurrence de conduites addictives et de troubles psychiatriques (ou morbidité duelle) est fréquente en population générale, de même qu'en milieu carcéral. La morbidité duelle pose des enjeux spécifiques pour proposer des actions de prévention et de prise en charge adaptées et elle a des conséquences importantes en termes de pronostic. Chacun des troubles est un facteur de mauvais pronostic pour l'autre et ils ont souvent des facteurs de risques socio environnementaux communs (stress, abandon, maltraitance dans l'enfance, adversité sociale, stigmatisation…).

En particulier, les rechutes et les réhospitalisations sont plus fréquentes, les épisodes dépressifs et le risque suicidaire plus importants, la violence, l'instabilité des conditions de vie et l'absence de domiciliation plus marqués, la compliance aux traitements moins bonne, les contaminations infectieuses (VIH, hépatites virales) plus fréquentes, les conséquences pour l'environnement familial plus sévères.

La Haute autorité de santé a été saisie par la Direction générale de la santé pour émettre des recommandations de bonne pratique sur le « diagnostic et prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives », ce qui est inscrit dans le programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023.

Le Comité de pilotage de la psychiatrie s'est aussi saisi du sujet en 2018, avec un groupe psychiatrie et addictions, dont les recommandations soulignent la nécessité du repérage, de l'intervention précoce et l'adaptation des outils de soins et des pratiques des équipes.

La prise en charge des personnes ayant une pathologie duelle est très inégale selon les territoires, mais aussi selon que ces personnes entrent dans le soin via leur addiction ou via une pathologie psychiatrique. L'objectif est de tendre vers une prise en charge intégrée par des équipes pluridisciplinaires.

C'est le but de ce guide qui propose des pistes d'action utiles pour une meilleure prise en charge des personnes ayant une morbidité duelle.

Pr Jérôme Salomon
Directeur général de la Santé

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie que la Ministre a lancée en juin 2018 a rappelé la prévalence des addictions dans les troubles psychiques qui touchent, selon l'OMS, une personne sur quatre à un moment de sa vie. C'est pourquoi elle met en avant, à travers ses 37 actions, la nécessaire amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements des personnes vivant avec un trouble psychique ainsi que l'amélioration de leurs conditions de vie, de leur inclusion sociale dans une logique de préservation de leur citoyenneté.

Ces objectifs fixés à la santé mentale et à la psychiatrie doivent se décliner dans une approche transversale, partenariale et territorialisée de la politique de santé mentale et de psychiatrie. Celle-ci s'inscrit justement dans les projets territoriaux de santé mentale dont l'élaboration est attendue pour la mi-2020 partout en France. Cette approche dynamique a vocation à s'appuyer sur des démarches orientées vers le rétablissement de la personne, alliant mobilité et interconnaissance des acteurs de la psychiatrie, de la santé mentale et de l'addictologie.

L'intrication des deux pathologies interroge les modes d'organisation des prises en charge des publics concernés par les troubles psychiatriques et les conduites addictives. Ce guide, élaboré par les professionnels et pour les professionnels des deux disciplines, a pour ambition de leur laisser la parole pour porter à la connaissance des acteurs et des usagers, les initiatives de coopération qui ont émergé sur les territoires. Ces initiatives ont valeur d'exemple et constituent des repères reflétant toute la complexité de la prise en charge de ces pathologies duelles.

La Direction Générale de l'Offre de Soins, avec la Direction Générale de la Santé et la MILDECA, a souhaité soutenir cette initiative qui a permis aux professionnels des champs de la psychiatrie, de la santé mentale et des addictions de croiser leurs regards et leurs expériences au bénéfice des patients.

Cécile Courreges
Directrice générale de l'offre de soins

Avant-Propos

L'association entre les pathologies addictives et psychiatriques est une source majeure de préoccupation et de difficultés pour les professionnels et les équipes des deux champs mais aussi et avant tout pour les personnes concernées et leur entourage, avec une qualité de vie fortement altérée.

Ces comorbidités, ces pathologies associées ou duelles, selon les qualifications, sont en effet difficiles à repérer et à prendre en charge, chaque filière de soins, psychiatrique ou addictologique, ayant tendance à concentrer son attention et ses interventions sur la pathologie de son domaine d'expertise. Leur pronostic est péjoratif, l'évolution de chaque trouble étant aggravée sur un mode interactif par la pathologie comorbide, avec un fort risque de chronicisation et de complications secondaires (plus grande fréquence de passages aux urgences, d'hospitalisations, de conduites suicidaires, de comportements à risques, d'inadaptation sociale, de comportements violents...)

Il s'agit donc d'un enjeu majeur et nous remercions la MILDECA, la DGS et la DGOS qui partagent ces préoccupations de nous soutenir dans l'élaboration de ce guide qui vise à identifier les difficultés posées par ces comorbidités mais aussi et surtout les réponses et les pistes d'amélioration qui ont été élaborées pour y faire face par les professionnels, les équipes, les usagers et leur entourage.

Mais de quoi s'agit-il ? Pourquoi parler de comorbidités « addictions et troubles psychiatriques », les addictions ne sont-elles pas elles-mêmes classées par les nosographies internationales (DSM et CIM) parmi les troubles mentaux ? Ne s'agit-il pas plutôt de comorbidités entre différents types de troubles psychiques ? Cette question, essentielle, reste en chantier. Rappelons qu'aussi bien dans le DSM I (1952) que dans le DSM II (1959), tous deux d'inspiration psychanalytique, les diagnostics d' « abus » ou de « dépendance » à des substances n'étaient pas reconnus en tant que tels et qu'il fallut attendre le DSM III en 1980 pour qu'ils fissent leur apparition dans ces classifications psychiatriques. Jusqu'alors en effet, les catégories identifiées, « alcoolisme » et « addiction à des drogues », n'étaient pour l'essentiel reconnues que comme secondaires à des troubles de la personnalité (« sociopathiques » dans le vocabulaire de l'époque) dont ils étaient une conséquence aggravante. Il était noté néanmoins que dans le cas de « l'alcoolisme », il pouvait exister des formes, bien identifiées par Jellinek, sans trouble mental sous-jacent identifiable, l'alcoolisme social, d'entraînement... C'est ce qui conduisit le DSM III en lien avec les progrès des neurosciences à créer des catégories diagnostiques spécifiques (abus et dépendance) indépendantes d'un diagnostic principal de trouble psychiatrique et avec des dénominations communes (car reposant sur des mécanismes communs) quelles que soient les substances en cause, alcool, tabac ou drogues... Des catégories diagnostiques reconnues donc comme distinctes mais qui restaient (et restent toujours dans les nosographies contemporaines) intégrées dans l'ensemble général des troubles mentaux.

En fait, ce sont ces modes « sociaux » de consommation d'alcool et a fortiori la dépendance au tabac (à très forte prévalence en population générale sans « comorbidité » psychiatrique manifeste) qui ont interrogé sur les liens entre psychiatrie et addictions… Il s'agissait en effet de conduites très dommageables pour la santé mais qui, bien que leur soubassement fût neurobiologique, ne semblaient que peu reliées à des troubles mentaux ni dans leurs causes ni dans leur expression. Quel lien dès lors avec la psychiatrie ? De fait, les spécialités invitées à prendre en charge ces personnes étaient plutôt du ressort des dommages des conduites addictives (pneumologie, hépatologie, cancérologie, cardiologie, etc.) Seules les toxicomanies aux drogues illicites et certaines formes d'alcoolisme dit « impulsif » sollicitaient plus les psychiatres. En France, cela conduisit peu à peu l' « addictologie » à tenter de s'émanciper en quelque sorte de la psychiatrie, avec des filières spécifiques et une clinique voire même des thérapeutiques qui se voulaient autonomes.

Cette dynamique a eu sans conteste possible des effets bénéfiques : déstigmatisation/dépsychiatrisation, meilleur accès aux soins, développement d'une offre de soins globaux compétente et accessible, prise en compte spécifique avec une technicité plus spécialisée, implication de nouveaux acteurs : médico-social, médecine de premier recours, somaticiens, etc. Mais toute médaille a son revers, le principal en la matière étant évidemment le risque de cloisonnement par rapport à la psychiatrie et donc de non-repérage des comorbidités, d'évolution péjorative, de ruptures de parcours, etc.

Ce qui était un risque est devenu une réalité et même un problème majeur comme nous le mentionnions en introduction et il est donc urgent d'identifier et de valoriser les réponses élaborées sur le terrain.

La donnée clef pour orienter nos actions est la suivante : tous les travaux les plus récents indiquent que le facteur prédictif majeur de pronostic péjoratif (chronique, sévère, complications) d'une addiction n'est pas son intensité mais la présence de troubles mentaux associés. Les données constantes des études épidémiologiques de comorbidité comme le NESARC aux USA ont bien montré qu'un élément majeur de transition de l'usage de drogues illicites vers l'usage problématique (abus/dépendance) était l'existence d'une comorbidité psychiatrique, en particulier les troubles de la personnalité dont l'état-limite. Très récemment, des données comparables ont pu être établies concernant les troubles de l'usage d'alcool. La plupart des facteurs causaux (stress, ruptures, séparations, violences, traumas pendant l'enfance, adversité sociale…) sont communs aux troubles de la personnalité et aux addictions, l'anxiété de séparation jouant un rôle majeur dans l'entrée dans l'usage et dans la transition vers les usages problématiques.

Ces données ont des implications majeures. S'il est acquis que le repérage et la prise en charge des addictions tout particulièrement celles à forte prévalence (tabac, alcool…) doit être l'affaire de tous et en particulier des professionnels de premier recours grâce notamment aux avancées du RPIB, les addictions sévères, complexes, avec des comorbidités, nécessitent également des interventions spécialisées et pluridisciplinaires qui permettent de prendre en compte ces éléments psychosociaux qui sont des facteurs-clefs au plan pronostic. C'est la raison d'être du secteur spécialisé en addictologie avec ses ressources pluridisciplinaires. Grâce au développement des réponses de première ligne, il est donc logique que le secteur « addictologique » concentre progressivement son activité sur la question des comorbidités, avec cette perception qu'il y en a de « plus en plus », par biais de sélection en fait, alors même que les équipes n'y étaient pas nécessairement préparées. C'est ce décalage qui explique pour une bonne part les fortes attentes par rapport à ce guide.

Un autre point est à relever, les progrès en cours dans les domaines du tabac et de l'alcool aussi bien en termes de prévention que de soins font que cette réduction de la prévalence de ces troubles en population générale va concentrer les troubles de l'usage sur les populations vulnérables comme c'était déjà le cas avec les drogues illicites (vulnérabilités psychosociales, jeunes, etc.) Ces troubles de l'usage à des produits « sociaux » devraient donc devenir à la fois moins fréquents mais plus complexes avec des comorbidités plus fréquentes et solliciter d'autant les services spécialisés avec une exigence de réponse globale, pluridisciplinaire, et non pas « purement » addictologique.

Ces évolutions rendent donc d'autant plus urgent et nécessaire de réfléchir à une nouvelle clinique, intégrative, où les apports de l'addictologie et de la psychiatrie loin de s'ignorer devraient à l'inverse se conjuguer. Cette convergence devrait être facilitée par le fait que toutes deux se référent fondamentalement au modèle biopsychosocial développé par George L. Engel depuis la fin des années 1970. Dans quel domaine la pertinence de ce modèle intégratif est-elle plus évidente en effet que dans celui des addictions où précisément troubles somatiques, psychiques et addictifs s'entremêlent et ne peuvent se comprendre, se prévenir ou se traiter qu'en intégrant leurs différentes dimensions, biologique, psychologique et sociale, en interaction permanente. Pour être le plus durablement efficaces possible, les interventions doivent être globales et leur dimension biomédicale doit être complétée d'approches psychologiques et sociales susceptibles d'agir aussi sur les facteurs causaux lointains (stress, trauma, adversité sociale, maltraitance infantile, etc.), les « causes des causes ».

C'est pourquoi nous sommes certains que les meilleures réponses au défi posé par les pathologies duelles ne peuvent venir que de l'expérience clinique des équipes pluridisciplinaires intervenant en psychiatrie et en addictologie qui, grâce à des propositions innovantes d'approches complémentaires ou intégratives, peuvent ouvrir de nouvelles voies d'accompagnement et de soins adaptées à ces situations complexes. C'est tout le projet de ce guide.

Jean-Michel Delile
Président de la Fédération Addiction

INTRODUCTION

1. POURQUOI ÉLABORER UN GUIDE SUR LES ADDICTIONS ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ?

• Au départ du projet, un constat

Aujourd'hui, en France, les difficultés de repérage et de prise en charge des publics souffrant à la fois de troubles psychiatriques et de problématiques addictives ne permettent pas de les accompagner au mieux du fait notamment de logiques de filières. La prise en compte de ces pathologies est souvent cloisonnée entre le secteur de l'addictologie et celui de la psychiatrie, les professionnels de chaque champ ayant tendance à se concentrer sur la pathologie de leur domaine et à négliger de repérer ou de traiter celle « hors champ », souvent considérée comme secondaire à celle de son domaine d'expertise.

Pourtant, la corrélation entre les deux problématiques est à la fois fréquente et même prégnante notamment au plan pronostic, chacune ayant un effet péjoratif sur le devenir de l'autre. Dans certains cas, ces interactions peuvent même être causales, certains troubles psychiatriques pouvant être la conséquence de conduites addictives et à l'inverse certaines conduites addictives pouvant être la conséquence de troubles psychiques par recherche d'auto-médication. D'autre part ces troubles ont souvent des facteurs étiopathogéniques communs (stress, abandon, maltraitances dans l'enfance, adversité sociale…) dont ils peuvent être des conséquences, elles-mêmes en interaction croisée. Autant dire qu'il ne s'agit pas de simples co-occurrences, de rencontres accidentelles, mais bel et bien de comorbidités en interaction voire même de pathologies duelles, l'expression à double-visage d'un désordre commun en amont…

• La volonté d'avancer sur un terrain commun

Ce projet s'inscrit donc dans une urgente nécessité de mieux accompagner ces situations parmi les plus fréquentes, les plus complexes et aux parcours les plus chaotiques. Il s'inscrit également dans la continuité du nouveau plan d'action de la MILDECA et dans les attentes des autorités de santé visant à mieux intégrer les parcours de santé. Il entre également en résonance avec une réflexion centrale du projet associatif de la Fédération Addiction : contribuer à l'amélioration des pratiques par une meilleure coopération entre les acteurs.

L'initiative de la Fédération Addiction fait également écho aux questionnements et débats qui animent les champs addictologique et psychiatrique en ce qui concerne les liens qui doivent être développés entre psychiatrie et secteur addictologique. Ainsi, lors du dernier Congrès Français de Psychiatrie de 2017 la question qui nous occupe a été posée sous la forme suivante : faut-il mettre des psychiatres dans les institutions médico-sociales ou au contraire, développer les liens externes ? S'agit-il de deux domaines distincts ou appartiennent-ils tous deux au champ de la santé mentale ? Il importe à cet égard de noter que dans la classification internationale, les addictions restent intégrées aux troubles psychiques et qu'au plan institutionnel, l'OMS a en partie répondu à cette question puisque c'est le même département qui traite de santé mentale et d'addiction.

Forte de ces repères et de ces préoccupations communes, la Fédération Addiction, avec l'appui de la MILDECA et du Ministère des solidarités et de la santé et en lien avec d'autres partenaires, s'est proposé de rendre compte de coopérations qui font évoluer les pratiques dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des publics vivant avec à la fois de troubles psychiatriques et de conduites addictives.

2. OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide a été conçu dans le but d'aider les professionnels à mieux accompagner les personnes présentant des troubles associés, psychiatriques et addictifs.

Ce projet se veut à la fois modeste, puisqu'il n'a pas vocation à résoudre cet immense problème des comorbidités ou des pathologies duelles, et ambitieux, dans la mesure où il entend faire connaître des pratiques fructueuses issues des deux champs. Son approche est pragmatique en partant des expériences positives repérées sur le terrain pour améliorer l'accompagnement et le soin des personnes souffrant de troubles comorbides. Une démarche expérientielle du terrain qui sera un point d'appui pour les travaux normalement à venir de la Haute Autorité de Santé, en complémentarité avec le travail du Centre de preuves de littérature et d'une approche *evidence based* sur les parcours de soin en addictologie avec le chapitre sur les pathologies duelles.

Ce guide part donc d'un état des lieux mettant en valeur des actions innovantes d'articulation, et de coopération entre les acteurs de l'addictologie et ceux de la psychiatrie et de la santé mentale.

Sans prétendre à un relevé exhaustif des pratiques, il vise à donner des éléments concrets de bonne articulation entre ces acteurs pour construire des outils et des points de repères tangibles et utiles.

Les objectifs de ce projet sont :

- **Identifier** les principales difficultés qui font barrière à un parcours de soin optimal pour des patients souffrant de pathologies duelles (addictions et troubles psychiatriques)
- **Repérer** les expériences innovantes d'articulation concluante entre professionnels
- **Analyser** les pratiques positives de coopération opérantes sur les territoires
- **Proposer** des pistes d'amélioration de la prise en charge partant de l'analyse de ces pratiques
- **Partager** et diffuser une vision commune de la problématique en s'appuyant sur les exemples opérants

CHAPITRE 1
POINTS DE REPÈRE(S)

1. Panorama

1. ASPECTS HISTORIQUES

Il est essentiel de noter que la création en France de l'addictologie en tant que discipline médicale transversale et son « extraction » en quelque sorte de la spécialité « psychiatrie » est très récente [01]. Aux origines, la prise en charge des personnes dépendantes de substances (alcool, drogues) était du ressort de la psychiatrie et ce depuis au moins Benjamin Rush à Philadelphie. En effet le Pennsylvania Hospital, qui y fut fondé en 1751 par le médecin Thomas Bond avec son ami Benjamin Franklin, ne fut pas seulement le premier hôpital d'Amérique du Nord mais aussi le premier à s'occuper de personnes souffrant de troubles mentaux. C'est dans cet hôpital que Benjamin Rush, le père de la psychiatrie américaine, travailla de 1783 à 1813 (le logo actuel de l'American Psychiatrie Association (APA) n'est autre que le portrait gravé de Benjamin Rush). Comme Pinel, il libéra les aliénés de leurs chaînes et il fut également l'un des tout premiers médecins au monde à voir dans l'alcoolisme une maladie et non un péché.

Par la suite, ce sont bien les psychiatres en France et en Allemagne au XIXème siècle qui commenceront à décrire les troubles addictifs comme n'étant pas seulement une dépendance physiologique (tolérance, sevrage) mais bien comme un syndrome psycho comportemental, une compulsion à consommer, une « appétence morbide ». Levinstein définira ainsi les concepts de morphinomanie et de craving en 1875. Mais dans leur esprit il s'agissait explicitement d'un trouble psychique, soit nécessairement articulé avec d'autres troubles mentaux comme dans la théorie de la dégénérescence soit nécessairement secondaire à d'autres troubles mentaux comme dans la théorie psychanalytique. C'est ainsi que le DSM II (2ème édition de classification américaine des troubles mentaux, APA) d'inspiration psychanalytique n'isolait pas la dépendance comme un trouble spécifique : elle ne pouvait être relevée que comme caractéristique secondaire d'un trouble principal (trouble de la personnalité anti-sociale). Il faudra attendre le DSM III en 1980 pour que les diagnostics d'abus et de dépendance s'autonomisent et deviennent des diagnostics spécifiques mais toujours dans le cadre général des troubles psychiques. C'est toujours le cas dans la CIM 10 de l'OMS et dans le DSM 5 avec le trouble de l'usage de substances.

C'est donc très récemment que le concept de comorbidité « addicto/psy » a pu se développer. Auparavant il ne pouvait s'agir que de caractéristiques particulières d'un trouble mental (DSM II) ou de comorbidités « psy/psy », cela reste d'ailleurs toujours le cas du point de vue de la nosographie psychiatrique.

Néanmoins, les choses ont dû évoluer sous l'influence des addictions à très haute prévalence (alcoolisme de type I de Cloninger « social » [02] et surtout tabagisme) qui étaient beaucoup moins associées que les « toxicomanies » à des troubles psychiques et sollicitaient d'ailleurs plus les médecins généralistes, les hépatologues ou les cancérologues que les psychiatres… Cela a conduit progressivement les deux champs à se distinguer et parfois à s'écarter à l'excès.

01. La prévention et la prise en charge des addictions -Plan 2007 – 2011 – Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités

02. Alcoolisme « social » (type I de Cloninger) se réfère à une dépendance sociale « d'entrainement », sans vulnérabilités psychologiques majeures en amont.

Repères historiques de la psychiatrie en quelques dates

- 1795 : Pinel délivre les aliénés à la Salpêtrière
- 1838 : Prise en charge des « aliénés » et création des « asiles psychiatriques »
- 1851 : Autonomie des hôpitaux et reconnaissance d'établissements privés
- 1960 : Circulaire sur la sectorisation psychiatrique
- 1991 : Loi hospitalière établissant un régime juridique identique pour les hôpitaux sanitaires MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) et les hôpitaux psychiatriques
- 2002 : Loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades : la place des usagers reconnue
- 2016 : Loi de modernisation du système de santé, création des groupements hospitaliers de territoire et des Projets territoriaux de santé mentale (où les addictions sont incluses)[03]
- 2018 : Feuille de route santé mentale et psychiatrie[04] du Ministère des solidarités et de la santé dont les objectifs sont la promotion d'une bonne santé mentale, la prévention des troubles psychiques, l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Repères historiques de l'addictologie en quelques dates

- 1785 : B.Rush décrit l'intempérance (première formulation de l'addiction-maladie)
- 1845 : Morel développe le concept de dégénérescence, concept unificateur entre troubles mentaux et addictifs qui inspirera M.Huss
- 1849 : Invention du mot « alcoolisme » par Magnus Huss
- 1875 : Levinstein décrit la morphinomanie et le « craving »
- 1916 : Conventions internationales de prohibition des stupéfiants
- 1954 : Loi sur le traitement des alcooliques dangereux
- 1970 : Circulaire du 23 novembre 1970 sur la création de structures spécialisées dans la prise en charge de problématiques liées à l'alcool sous le nom de « Centres d'Hygiène Alimentaire » (CHA). Des établissements à gestion associatives ou hospitalières essentiellement composés de médecins généralistes. Une clinique qui se construit en positionnant le traitement problématique de l'alcool sur un registre médical et nutritionnel[05]
- 1970 : La Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses
- 1975 : La loi n°75-535 du 30 juin 1975 marque un tournant en fondant le secteur médico-social.
- 1980 : Le DSM III définit les troubles : abus et la dépendance
- 1983 : Les CHA sont remplacés par les Centres d'hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) devenant des centres d'accueil et de prévention.
- 1991 : Loi Evin ou loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
- 1992 : Issu de la loi du 31 décembre 1970, le décret du 29 Juin 1992 crée les « Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes » (CSST), premiers dispositifs de soins spécialisés en toxicomanie offrant une prise en charge médico-psycho-socio-éducative gratuite, confidentielle et anonyme aux usagers
- 1994-1996 : Mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés
- 2002 : La loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale
- 2004 : Création des dispositifs spécifiques des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)
- 2006 : Création des Centres d'accueil, d'Accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- 2007 : Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie
- 2008 : Circulaire relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place de schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
- 2016 : Début de l'expérimentation de deux salles de consommations à moindre risque (SCMR) à Paris et à Strasbourg.

03. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte

04. https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018

05. Actualité et dossier en santé publique ; septembre 1993

Ces quelques repères non exhaustifs rendent compte des évolutions de la psychiatrie et de l'addictologie ces dernières années. À travers ces différentes dates, on s'aperçoit que si ces deux domaines cliniques se sont développés au XIXème siècle, c'est la psychiatrie en tant que spécialité médicale qui s'est structurée et organisée le plus tôt. L'addictologie ne s'est autonomisée en France que très récemment. D'autre part, cette autonomie n'est que relative, les troubles de usages de substances étant toujours intégrés aux troubles psychiques au plan international (CIM 10, DSM 5). Elles ont en commun de prendre en compte des problématiques psychocomportementales et sociales avec une dimension sociétale forte. Elles ont toutes deux vocations à être implantées sur un territoire et à disposer de structures médico-sociales. La psychiatrie et l'addictologie prennent en charge des pathologies chroniques nécessitant des temps de soin hospitaliers et ambulatoires.
Il est également à noter qu'aussi bien en psychiatrie avec les troubles anxieux, qu'en addictologie avec le tabagisme et « l'alcoolisme social », les troubles à plus forte prévalence sont ceux aussi qui bénéficient le plus de l'aide professionnelle de 1er recours. Ce sont les problèmes plus complexes, tout particulièrement les pathologies duelles qui nécessitent des relais spécialisés. Cela pose donc la question des enjeux d'articulation entre ces acteurs pour améliorer les parcours des patients complexes.

2. STRUCTURATION DES DEUX CHAMPS

• Le système de santé psychiatrique pour adultes

Le système de santé en psychiatrie déploie une offre de santé diversifiée, de façon schématique, on retrouve :

Les soins ambulatoires pour la prise en charge de patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation concernent :

- **Les médecins généralistes** qui assurent une part importante des soins psychiatriques en consultation de ville.
- **Les psychiatres libéraux** qui proposent des consultations en cabinet privé.
- **Les psychologues**
- **Les centres médicaux-psychologiques** (CMP) qui sont des unités d'accueil, de consultation et de coordination des soins dépendant des établissements hospitaliers publics autorisés en psychiatrie et permettant aux patients d'avoir accès à des soins dans leur secteur de résidence. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic, et de soins et interventions à domicile.[06] Ce sont des structures pivots des soins hors les murs et de la politique dite « de secteur »…
- **Les centres d'activité thérapeutiques à temps partiel** (CATTP) qui visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe

Les soins hospitaliers incluent :

→ **Les hospitalisations à temps complet :**

- **Les services d'hospitalisation** à temps plein des hôpitaux publics ou du secteur privé ou privé à but non lucratif (ESPIC). D'une façon générale les dispositifs d'hospitalisation publics ou de reconnaissance publique sont sectorisés. Depuis les années 1990, la psychiatrie hospitalière a dû faire face à une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation temps complet, avec une faible augmentation du nombre de lits d'hospitalisation de jour, en regard.

→ **Les soins à temps partiel, sans hébergement,dont :**

- **Les hôpitaux de jour** (HDJ) qui assurent les soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée.

→ **À cela, on ajoute :**

- **Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** qui visent à permettre aux personnes l'insertion dans la vie sociale et de développer leur autonomie.
- **Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** qui accompagnent des personnes qui nécessitent une coordination de soins médicaux et paramédicaux ou un besoin d'accompagnement facilitant l'accès aux soins.
- **La psychiatrie de liaison** qui intervient dans les unités d'hospitalisations somatique (MCO) et les EHPAD.
- **Les soins de suite et de réadaptation (SSR)** qui assurent la continuité des soins après une phase aiguë de la maladie.
- **L'hospitalisation à domicile** qui propose une prise en charge thérapeutique au domicile du patient.
- **Les appartements thérapeutiques et associatifs** qui sont des unités de soins hors de l'hôpital pour une durée déterminée dans le but de permettre au patient d'acquérir une autonomie autant que possible.
- **Les appartements de coordination thérapeutique (ACT).**

06. Coldefy M., Bousquet F. (2002). « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », Dreesn Etudes et résultats, n°163, mars.

- **Les foyers d'accueil médicalisés (FAM)** et **maisons d'accueils spécialisés (MAS).**
- **Les familles d'accueil** qui accueillent des usagers de la psychiatrie afin de les re-familiariser au lien social.
- **Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** qui évaluent les besoins en santé mentale et interviennent sur les lieux de l'action sociale auprès des publics précaires, y compris parfois en CAARUD.

La politique de sectorisation de la psychiatrie publique

Une logique territoriale a été mise en place dans les années 1960 en France, fondée sur une politique se proposant de désinstitutionnaliser la psychiatrie. Cette politique constitue le cadre organisationnel et fonctionnel de la psychiatrie publique qui se trouve organisé en secteurs géographiques délimités. L'objectif est de garantir un accès égal aux soins psychiatriques et de mettre en place une offre de soins (ambulatoire, intermédiaire, hospitalière) organisée par une équipe multidisciplinaire de psychiatrie.
Le lieu de résidence d'une personne la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge.
À sa création, l'organisation sectorielle était conçue pour que chaque secteur ait une population moyenne de 70 000 habitants en psychiatrie de l'adulte et de 150 000 habitants pour la pédopsychiatrie.[07]
La sectorisation s'applique également pour les personnes sans domicile fixe et les personnes hébergées qui sont réparties sur les différents secteurs selon des règles qui peuvent varier d'une région à l'autre.
Il y a également sur le territoire, des services universitaires de psychiatrie (sectorisés ou non) proposant une offre de soin transversale et réalisant de la recherche et de l'enseignement, ainsi que des centres experts parfois spécialisés (schizophrénie, autisme, bipolarité…) qui font du diagnostic, de l'orientation et de la recherche.

Le système de santé addictologique

Le champ de l'addictologie est composé de trois secteurs : le secteur médico-social, le secteur sanitaire hospitalier, et le secteur de la ville (regroupant notamment les médecins généralistes, pharmacies d'officines et les réseaux de santé). Les missions comprennent le soin médico-psychologique, l'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale, la réduction des risques, l'intervention précoce et la prévention.

→ Les structures médico-sociales en addictologie

- **Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** sont des lieux assurant l'accueil, l'information, l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des usagers ainsi que des missions de prévention et la réduction des risques. Le soin, dont la prescription, le suivi et l'accompagnement des traitements médicamenteux et des médicaments de substitution des opiacés (TSO).
- **Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques des usagers de drogue (CAARUD).** Ces structures d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages liés à la consommation des drogues sont des lieux d'accueil, de soutien et d'intervention auprès des usagers de drogues. Leurs missions englobent la mise à disposition de matériel de prévention des infections et des surdoses et l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers.
- **Les Consultations jeunes consommateurs (CJC)** sont au service d'une stratégie d'intervention précoce qui vise à prévenir l'installation dans des usages problématiques en agissant en amont et dès les premiers stades de la consommation.
- **Les structures médico-sociales avec hébergement** regroupent : les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), les communautés thérapeutiques (CT), les centres d'accueil, d'urgence, et de transition (CAUT), les appartements thérapeutiques (AT) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT).

→ Le secteur hospitalier

La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.[08]

- **Le niveau I** assure les réponses de proximité, y compris les sevrages et soins simples. **Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)** sont des équipes pluridisciplinaires qui ont les missions de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services, d'intervenir auprès des patients et de développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et leur suivi.

07. M. Leboyer ; P.M. Llorca., Psychiatrie: l'État d'urgence, Institut Montaigne ed. Fayard (2018)

08. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

- **Le niveau II,** ou niveau de recours spécifiquement addictologique qui propose des prises en charge spécialisées. Les structures de niveau II assurent notamment des sevrages et des soins résidentiels complexes. Elles incluent **les soins de suite et de réadaptation en addictologie** (SSRA) et **les hôpitaux de jour** (HDJ).

- **Le niveau III** ou centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU, propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II. Il constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation, et de recherche.

→ **Le secteur de la ville**

Il regroupe les acteurs intervenant au quotidien et souvent en première ligne auprès des usagers d'alcool et de drogues et de personnes souffrant d'addiction. Il concerne le premier recours avec les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers. On retrouve également en ville des professionnels formés en addictologie avec des capacités ou des DU (médecins généralistes, psychiatres, hépato-gastroentérologues…) ainsi que des psychologues libéraux impliqués.
Ils assurent une part importante des traitements et des orientations et sont des partenaires potentiels sur le territoire.
Il existe également dans certaines régions des microstructures médicales addictions qui organisent au sein du cabinet médical une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée (médecin traitant, psychologue, travailleur social…) pour des patients présentant des situations complexes.

2. Les enjeux

1. REPÈRES PSYCHIATRIQUES

Psychiatrie et santé mentale : points de repères

- La santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique.
- Les troubles psychiatriques sont fréquents et évolutifs, le plus souvent chroniques et source de handicap.
- Les maladies mentales touchent 1 individu sur 5 en France soit 12 millions de personnes.
- Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée.
- Les troubles psychiatriques représentent une cause majeure de handicap et sont associés à une mortalité élevée (risque suicidaire, retard au diagnostic et au traitement, et comorbidités somatiques et addictives conditionnent fortement cette mortalité prématurée)
- Les populations en situation de précarité (SDF, incarcérés) sont les plus touchées.
- Au niveau mondial, l'OMS considère ainsi que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

Quelques chiffres :

- Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont 65 milliard pour la perte de qualité de vie, 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides, 13,4 milliards dans le secteur médico-social, et 6,6 milliards pour le médico-social.[09]
- Les troubles mentaux représentent 12 à 15% des invalidités.
- Il y a une augmentation de la demande de soin importante depuis 1990.
- En 2017, 420 000 patients (tous âges) ont été hospitalisés en psychiatrie (soit 1 pour 1000 habitants) dont 81 000 hospitalisés sans consentement.[10]

Objectif de santé public en santé mentale :

- La lutte contre les troubles psychiques (troubles addictifs compris) : actions de promotion, de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins, et de réhabilitation psycho-sociale et d'insertion.
- La lutte contre les inégalités et l'accès aux soins.
- La promotion des droits et des soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques.
- La lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques.[11]

2. REPÈRES ADDICTOLOGIQUES

Addictions : points de repères

- Les conduites addictives entraînent des dommages sanitaires, sociaux et judiciaires considérables : les usages de tabac, d'alcool et de drogues sont des déterminants majeurs de santé et des facteurs importants d'aggravation des inégalités sociales de santé.
- Les conduites addictives sont des éléments essentiels de la mortalité prématurée.
- Historiquement, les conduites addictives englobent plusieurs types d'usages : les usages simples sont des consommations, ponctuelles ou régulières, régulées (sans perte de contrôle) mais qui dans certaines circonstances (situation, quantité, modalités) peuvent faire courir un ou des risques à l'usager ; les usages nocifs sont les consommations répétées sans dépendance mais induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement proche ; et enfin la dépendance (le trouble de l'usage) où la personne a perdu le contrôle vis-à-vis de la substance ou du comportement.

09. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

10. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2017.pdf

11. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie : psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Collection « L'Officiel ECN » Presses universitaires François-Rabelais (2016)

- À l'heure actuelle la tendance est de considérer qu'il n'y a pas d'usage simple car toute consommation de substance psychoactive comporte un risque intrinsèque. Par ailleurs, les termes d'usage nocif (ou abus DSM IV) et de dépendance ont cédé le pas à la vision plus globale et progressive de trouble de l'usage (DSM V).

Selon les indicateurs chiffrés de l'OFDT (2017)[12] :

- La consommation à risque d'alcool représente 8% des 18-75 ans, soit 3,4 millions de personnes
- 13 millions de fumeurs quotidiens : 29% des adultes de 18 à 75 ans et 32% des adolescents de 17 ans sont des fumeurs de tabac quotidiens.
- 700 000 usagers quotidiens de cannabis : 42% des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis et 11% sont des usagers quotidiens. 48% des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 9% sont des fumeurs réguliers.
- On estime à 280 000 les « usagers problématiques de drogues » c'est-à-dire les usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année 2016 parmi les 15-64 ans.
- 105 000 usagers pratiqueraient l'injection intraveineuse en France métropolitaine en 2016.

- Le « coût social total » de l'alcool, tabac (environ 118 milliards pour l'alcool et 122 milliards pour le tabac) et des drogues illicites (8,8 milliards d'euros) représente en France un total de 249 milliards d'euros.[13]
- Le coût des drogues pour les finances publiques représente 1,1 % du PIB. L'Etat doit chaque année payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 4,9 milliards, 14 milliards et 2,4 milliards d'euros.[14]

- Le tabagisme est à l'origine de 73000 morts par an.[15]

- 41000 décès annuels sont attribuables à l'alcool.[16]

12. OFDT, Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse, Eric Janssen, note 2016-04, Saint-Denis, 26 septembre 2016 : https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/

13. https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/

14. Ibid

15. Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage. BEH, 2016, n° 30-31, p. 528-540

16. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. BEH, 2019, n° 5-6.

CHAPITRE 2
DES RENCONTRES D'IDENTITÉS ET DE CULTURE

1. Le point de vue des professionnels et des intervenants concernés

Après ce bref repérage,ce chapitre propose une synthèse de la réflexion du groupe de travail et des professionnels que nous avons interrogés.
Cette synthèse est présentée ici sous la forme de questions-réponses concernant les principales préoccupations des acteurs interrogés.

Comment sont perçus les champs spécifiques ?
L'addictologie est fréquemment représentée et caractérisée par sa tolérance et son adaptabilité face aux consommations et son caractère informel de prise en charge. La pluralité de ses modalités d'intervention au service de ses missions peut aussi rendre son activité opaque.
Cette souplesse du médico-social en addictologie peut être également perçue comme désordonnée. Le secteur médico-social en addictologie est parfois confondu avec le secteur socio-éducatif, loin du soin et dont les missions ne sont pas toujours connues par la psychiatrie.
La psychiatrie est perçue par les professionnels de l'addictologie comme hiérarchisée, cadrée et protocolaire : des représentations souvent dominées par le modèle médical et hospitalier, avec des réponses surtout médicamenteuses. Son héritage historique de l'enfermement et du cloisonnement perdure également dans les représentations. Cependant, la psychiatrie est également un élément rassurant lorsqu'elle opère en coopération avec les services addictologiques. Elle est alors un élément nécessaire et complémentaire.

Qu'en est-t-il de l'accessibilité aux soins ?
Leurs accessibilités sont différentes. L'accès aux soins en psychiatrie est généralement perçu comme long et difficile dans les hôpitaux et les CMP. Il peut se faire par le biais des urgences pour une hospitalisation et peut être variable en fonction des lieux et des acteurs. L'accès au soin en psychiatrie passe également par les psychiatres libéraux ou via les CMP pour certains, desquels le délai est souvent décrit comme très long.
Le médico-social en addictologie propose souvent un accès sans rendez-vous, les listes d'attentes peuvent aussi être longues notamment pour accéder aux médicaments de substitution aux opiacés.

Quels sont les points de convergence entre les deux champs ?
Les acteurs identifient de façon commune, une difficulté de gestion des situations de crise (addictologiques et psychiatriques) du fait d'un manque de coordination des acteurs.

Les deux secteurs travaillent avec des personnes que leurs pathologies, psychiatriques ou addictives, stigmatisent : le « malade mental » est souvent représenté comme inapte à intégrer le monde du travail, à la marge de la société, voire violent, et l'« addict » est associé à des comportements de marginalité, d'oisiveté, de violence et de délinquance qui ne sont pourtant pas systématiques. La double problématique induit alors une double stigmatisation alors même que ces troubles des conduites sont l'expression de vulnérabilités psychosociales en amont.
Les deux secteurs se rejoignent dans leurs missions d'accueil et d'accompagnement de personnes dont l'intégration sociale est difficile. Une partie importante de l'accompagnement autant en psychiatrie qu'en addictologie est d'aider l'usager à tendre vers une vie personnelle, professionnelle et sociale la meilleure possible pour lui-même et pour son environnement.
Ces deux secteurs donnent priorité à la « clinique »[17] , avec une approche centrée sur la prise en compte de la personne dans sa globalité : son histoire, son parcours de vie et ses besoins, ses objectifs, la place et la parole qu'on lui donne. Ils partagent également l'approche par le rétablissement, par le pouvoir d'agir (empowerment) et le mieux-être des personnes ainsi que l'accompagnement sur le long cours de ces problématiques et pathologies souvent récidivantes ou chroniques.

Les professionnels de l'addictologie et ceux de la psychiatrie ont en commun :
- L'accueil bienveillant et la neutralité
- Le diagnostic multidimensionnel
- L'offre d'un niveau de soin adapté
- Le choix des partenaires pour l'orientation ou la coordination de la prise en charge
- La définition d'objectifs thérapeutiques
- Le contrat de soin avec le patient

17. M. Foucault., Naissance de la clinique, Presses universitaires de France, 1963.

2. Des logiques structurelles et conjoncturelles

La distinction entre la psychiatrie et l'addictologie est aussi liée à la constitution historique des dispositifs. On peut ainsi différencier les gestions associatives aux pratiques centrées sur l'approche sociale et médico-sociale, de celles hospitalières, axées sur le sanitaire et le médical. Aussi un CSAPA à « gestion hospitalière » sera plus proche de la psychiatrie, tandis que l'associatif psychiatrique sera proche de l'associatif en addictologie.

Certaines associations ou structures médico-sociales de santé mentale interviennent autour de la prévention, du dépistage, du soin, de la réadaptation et de la réinsertion, proches des missions des structures médico-sociales en addictologie.
On peut aussi à l'inverse trouver des liens étroits entre psychiatrie/addictologie quand cette dernière s'est déployée dans le monde associatif addictologique à partir de la psychiatrie, à l'initiative de professionnels issus de la psychiatrie.

UNE SOCIO-HISTOIRE DES DEUX CHAMPS

→ Des rencontres entre la psychiatrie et l'addictologie : un point de vue sociologique

Depuis les années 1970, un mouvement de différenciation est observé entre les cliniques psychiatriques et addictologiques, avec notamment le Dr Olivenstein à Marmottan ou encore les free clinics à Paris et à Bordeaux. Les années 1990 ont, elles, été marquées par de forts mouvements de contestation et un militantisme important pour la reconnaissance des maladies addictives indépendamment de la psychiatrie 18. De nombreuses personnes ne veulent pas être prises en charge par la psychiatrie simplement parce qu'elles consomment des substances. Porté par les associations d'usagers et relayé par des médecins comme Michel Reynaud ou encore Jean-Philippe Parquet, ce mouvement a permis de valoriser la discipline médicale addictologique et de la séparer d'autres disciplines considérées comme plus solides académiquement. Ce mouvement, bien que nécessaire pour permettre de valoriser une clinique avec ses particularités, telles que ses méthodes, ses traitements et surtout sa manière de voir le patient, a parfois placé en opposition la clinique psychiatrique souvent considérée comme plus contraignante. Ces cliniques ont construit différentes manières de voir et de comprendre le patient. Plutôt que de proposer une étude historique chronologique classique de ces champs, essayons de regarder ce qu'ont ces histoires en commun : des moments, des mouvements ou encore des perspectives.

Avant que les malades soient reconnus
Bien avant que les troubles psychiatriques et les addictions soient considérés comme des maladies, les personnes qui en souffraient étaient rejetées par la société, mises à l'écart ou enfermées [19]. Ces troubles étaient considérés comme la résultante d'une « mauvaise vie ». Le jugement moral était omniprésent et ces personnes étaient considérées comme dangereuses. S'en sont suivies une marginalisation et une stigmatisation très marquées jusque dans les années 1960 [20]. Ce rejet a été le terreau de la construction des représentations sociales de ces maladies. Comme l'explique Claudine Herzlich, « le mal était collectif et le seul moyen de s'en prémunir était de fuir ceux qui en étaient frappés en les isolant et en les enfermant. La notion de contagion était au centre de ces mécanismes : la maladie naissait au contact de l'autre, elle se créait dans la relation [21]. » Il est vrai que le rejet des maladies est un mouvement relativement commun dans la production de la santé, mais alors que pour des maladies somatiques, physiques, comme le cancer, la tuberculose par exemple, ce rejet vient plutôt d'une peur de la dégradation des corps et de la mort, pour

18. Henry Bergeron, L' Etat et la toxicomanie: Histoire d'une singularité française. Paris: Presses, 1999.

19. Michel Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison, Paris, Éditions Gallimard, coll. « Tel », 1972

20. Alain Ehrenberg et Anne Lovell, Les maladies mentales en mutation, Psychiatrie dans la société, Odile Jacob, coll. « Sciences Humaines », 2000

21. Claudine Herzlich avec Janine Pierret, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984

les pathologies addictives ou psychiatriques, il pourrait s'agir plutôt d'une forme de mort psychique, d'une perte de contrôle de l'âme. Cela s'apparenterait à une crainte de l'incontrôlable, comme si la personne troublée, n'était plus vraiment un sujet à part entière, mais qu'elle devenait l'objet de sa maladie[22]. « Si l'homme peut toujours être fou, nous dit Foucault, la pensée comme exercice de la souveraineté d'un sujet qui se met en devoir de percevoir le vrai ne peut pas être insensé[23] ». Le sujet disparait au profit des troubles[24]. La fusion entre trouble et déviance a amené à penser les personnes comme responsables de leur état, mais irresponsables de leurs actes[25]. Encore à notre époque, la pénalisation de la consommation en addictologie ou les soins sous contraintes en psychiatrie montrent les étroits liens qui existent entre le malade et le coupable, et comment il est encore difficile de détacher les soins d'un jugement moral.

La médicalisation comme action publique

Que ce soit pour la reconnaissance de la psychiatrie ou celle des addictions, le passage à la notion de patient a été légitimée par une reconnaissance médicale. Cela a également ouvert des discussions politiques autour des actions de santé (dé-psychiatrisation, RDR, etc.), et plus précisément de santé publique[26]. En effet, lorsque les patients ont pu bénéficier d'une approche médicale de leurs situations, cela a amené les pouvoirs publics à proposer des politiques de santé associées. L'enjeu n'était pas seulement d'être reconnu comme patient, mais bien que les politiques de santé puissent s'adapter à ces problématiques et proposer des financements. Pour la psychiatrie, la reconnaissance médicale a permis de construire la notion de soin, il ne s'agit plus seulement d'enfermer les personnes qui ont des troubles, mais peu à peu d'apaiser le sujet malade[27]. Pour les problématiques addictives, en ce qui concerne la toxicomanie, la démarche médicale est beaucoup plus récente, d'abord limitée à la médication du sevrage et aux psychothérapies non médicamenteuses, elle se développe avec le scandale sanitaire du sida dans les années 1980 et les nouvelles médications substitutives pharmaceutiques dans les années 1990 (méthadone, subutex®, etc.)[28]. Les consommateurs vont pouvoir bénéficier de soins et peut-être guérir de leurs addictions. Même si ces mouvements médicaux ont permis une réelle évolution des soins et des politiques, le regard de la société reste toujours difficile[29]. Les personnes ne sont plus enfermées mais elles restent marginalisées. Ces dernières années les critiques et la peur sont réapparus lors d'un fait divers qui impliquait un patient de la psychiatrie dans la mort d'un jeune garçon[30] ou encore les mouvements de contestations quant à l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Paris[31].

La place du patient acteur comme perspective

Bien que le mouvement médical ait été crucial, ce seul mouvement n'aurait pas été suffisant pour permettre aux malades de bénéficier d'une reconnaissance politique de la société. En effet, un mouvement social d'associations militantes et d'usagers a permis de rendre la parole aux malades pour qu'il n'y ait pas seulement un discours médical légitime, mais bien une discussion avec les personnes malades[32]. Ces mouvements ont pris différentes formes à des périodes de l'histoire : militantisme, association néphaliste, empowerment, etc. Ils ont permis de discuter le « monocentrisme » médical et de questionner les protocoles cliniques, afin de façonner des soins à l'image des patients. En addictologie les associations militantes ont été importantes dans le processus d'élaboration des soins. En effet, souvent formées par d'ancien usagers, beaucoup d'associations ont aidé à la réflexion autour de cette nouvelle clinique et ont pu parfois accompagner les personnes dans leurs démarches de soins. L'addictologie s'est construite autour d'une discussion entre les expériences des patients, des usagers ou ex-usagers et des connaissances médicales, ce double ancrage a permis une élaboration clinique riche sur des fondements participatifs. À l'inverse, la psychiatrie qui s'est d'abord construite sur un modèle médicalisé est amenée ces dernières années à développer de nouveaux modèles de prise en charge basée sur une reconnaissance des habilités sociales des personnes. Celles-ci commencent à être considérées non plus seulement comme sujet de leurs maladies, mais aussi comme acteur de leurs soins, la réhabili-

22. François Laplantine, Je, nous et les autres, Paris, Le Pommier, coll. « Manifestes », 1999
23. Michel Foucault ibid
24. Alain Ehrenberg, L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, 1995
25. Benoit Eyraud, Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables. Paris, Erès, 2013
26. Henri Bergeron, Patrick Castel, Sociologie politique de la santé, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige Manuels », 2015
27. Felix Guattari, De Leros à La Borde,1989-1992 (posthume, recueil de textes), Lignes/IMEC, introduction de Stéphane Nadaud, présentation de Marie Depussé, post-scriptum de Jean Oury, Paris, 2012.
28. Henry Bergeron ibid
29. Robert Castel, L'ordre psychiatrique, Editions de minuit, Paris, 1981
30. 24 matin, Étudiant tué par un schizophrène : le psychiatre condamné, l'hôpital relaxé, Gael Brulin, publié le 14 décembre 2016 à 16h10
31. Marie Jauffret-Roustide, La salle de consommation à moindre risque apprendre à vivre avec les drogues, ESPRIT, Novembre 2016, p115
32. Anne Coppel, Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques, La Découverte, Paris, 2002

tation ou la reconnaissance des savoirs expérientiels permettent une modélisation des soins[33]. La manière d'appréhender la maladie mentale a évolué pour laisser place à de nouveaux modèles thérapeutiques qui permettent aux personnes de dire comment elles veulent être soignées et de s'approprier leurs maladies non pas comme une fatalité mais comme une contrainte appréhendable et surmontable[34]. Il est ainsi intéressant de voir que la psychiatrie, pourtant très portée sur l'autorité médicale, commence peu à peu à s'ouvrir à ce type de prises en charge qui sont les fondements de l'addictologie.

Le travail de la psychiatrie, comme de l'addictologie, ne peut être envisagé en dehors de la personne elle-même. L'expérience nous montre que des patients peuvent porter différents diagnostics, mais qu'ils restent pourtant des individus uniques. Une forme de métissage de ces cliniques peut être pensée au travers de leurs frictions, ni tout-à-fait addictologiques, ni tout à fait psychiatriques, mais entièrement soignantes[35].

→ **Elodie Berne**
Assistante sociale et doctorante en sociologie
ELSA Hôpital Saint-Jean de Dieu

33. Brice Martin, Empowerment et liberté en psychiatrie, Perspectives Psy, Vol. 56, n°3, juillet-septembre 2017

34. Alain Ehrenberg, L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, 1995

35. François Laplantine, Le Métissage : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir, avec Alexis Nouss, Paris, Flammarion, coll. « Dominos », 1997

CHAPITRE 3
DES DÉFINITIONS

1. DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Selon l'OMS, les troubles psychiques « regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. »[36]

Les troubles psychiques désignent un ensemble d'affections et de troubles dont les origines sont souvent multiples, entraînant des difficultés dans la vie de l'individu et de son entourage.[37]

Classiquement les troubles psychiatriques incluent[38] :

- **Les troubles anxieux :** trouble panique, phobie sociale ou spécifique, les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs), le TSPT (trouble de stress post traumatique), l'hypocondrie.
- **Les troubles de l'humeur :** troubles bipolaires, dépression…
- **Les troubles psychotiques :** psychoses, schizophrénies…
- **Les troubles de la personnalité :** paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, état-limite (borderline), narcissique, histrionique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive.
- **Les troubles du comportement** alimentaire : anorexie, boulimie…
- **Les troubles addictifs**

2. LES CONDUITES ADDICTIVES

D'un point de vue médical, les conduites addictives sont classées dans les pathologies mentales et sont définies par des traits caractéristiques de dépendance, une perte de contrôle sur des consommations ou des comportements ayant des conséquences nuisibles pour la personne devenue incapable de les réguler.

Pour l'OMS, une conduite addictive consiste en « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non.[39]»

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le terme de dépendance a été remplacé par celui de trouble de l'usage d'une substance (DSM-5) qui est caractérisé par les symptômes suivants (deux au moins pendant au moins un an sont nécessaire pour porter le diagnostic) :

1. Usage récurrent d'une substance avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
2. Usage récurrent de la substance avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
3. Persistance de l'usage de la substance en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
4. Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
   - un besoin manifeste d'augmenter les quantités de la substance pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré.
   - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité de la substance.
5. Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
   - présence de signes de sevrage concernant la substance lors de l'arrêt ou forte diminution de celle-ci, elle est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
6. La substance est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
7. Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation de la substance.
8. Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de la substance, à la consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
9. Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation de la substance.
10. L'usage de la substance reste identique en dépit du constat ou de la connaissance de répercussions négatives liées à la consommation.
11. Le craving, ou l'envie importante ou compulsive de consommer de la substance.

36. http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

37. Des classifications et des critères de dépistages sont proposés aux professionnels via l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), et par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Ces classifications donnent des indications de catégories diagnostiques des syndromes et des maladies les plus fréquentes.

38. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie : psychiatrie adultre. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. Collection « L'officiel ECN » Presses Universitaires François-Rabelaix, 2016

39. Selon l'OMS (1975)

C'est un diagnostic dimensionnel (gradué) :

- Présence de 2 à 3 critères : le trouble de l'usage de substance (TUS) est quantifié de léger
- Présence de 4 à 5 critères : le TUS est modérée
- Présence de 6 critères ou plus : le TUS est sévère, on parle alors d'addiction

3. PATHOLOGIES DUELLES, VULNÉRABILITÉ ET RISQUES

Facteurs de vulnérabilité communs aux deux troubles

- **Les facteurs de vulnérabilité psychiatriques sont très divers et en interraction :**

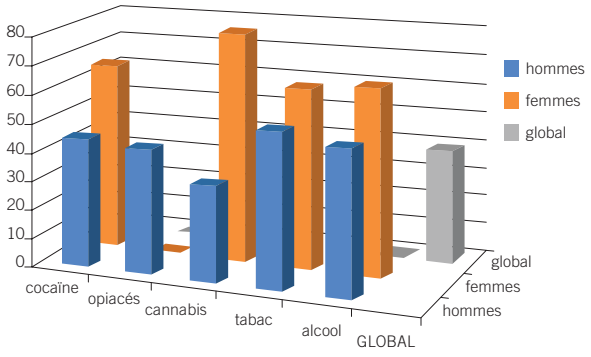
- D'ordre **génétique** (ce sont des vulnérabilités polygéniques, les études croisées de jumeaux et d'adoption permettent d'évaluer l'héritabilité d'un trouble : la part des facteurs causaux d'origine génétique, environ 50 % pour les addictions par exemple).
- D'ordre **environnementaux,** le contexte socio-culturel, familial, l'adversité sociale, les événements de vie, la maltraitance infantile, l'incurie, les traumatismes, les facteurs de stress, c'est-à-dire tout changement, y compris neurobiologique et y compris durant la vie intra-utérine, dans l'équilibre biopsychosocial du sujet.[40]

- L'hypothèse neurodéveloppementale qui rend compte de tous les facteurs de risques observés selon un modèle d'interaction gène-environnement est désormais la mieux partagée.
- Il est à noter que des traumas ou des addictions peuvent modifier l'expression des gènes sans modifier l'ADN par des mécanismes épigénétiques qui peuvent donc entraîner une transmission intergénérationnelle de caractères acquis en l'occurrence des vulnérabilités au stress ou aux addictions par exemple.

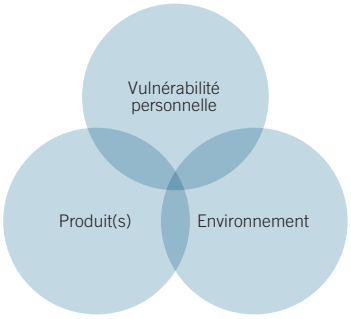
Le modèle addictologique est le même que le modèle psychiatrique auquel se rajoute le produit (qui interagit avec le caractère et le tempérament de l'individu).

40. http://www.afpremed.org/downloads/addictionsetcomorbiditespsychiatriqueslapeyre.pdf

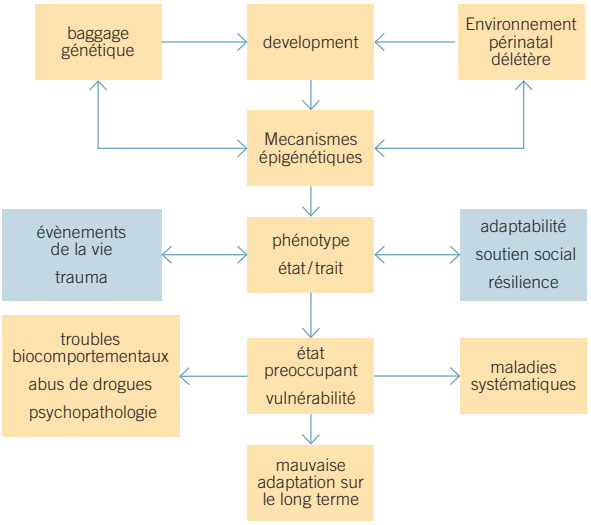
Héritabilité des dépendances[41]



Les facteurs de vulnérabilité de l'addiction se mesurent donc en fonction des interactions entre :



Modélisation biopsychosociale des troubles psychocomportementaux et addictifs[42]



41. Koob, G; Le Moal, M., « Neurobiology of addiction » ; Academic Press, Elsevier, 2005.

42. Ibid

4. TERMINOLOGIE DE LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE

Le constat de base est la forte corrélation statistique entre troubles psychiques et troubles addictifs ; le fait de présenter un de ces troubles accroît la probabilité de présenter l'autre catégorie. Il ne s'agit pas d'une simple co-occurrence qui pourrait être due au hasard entre des troubles indépendants mais fréquents (avec donc un risque significatif de présenter les deux à la fois, ex : tabac et anxiété) mais bien souvent d'une réelle corrélation traduisant une interaction entre les deux troubles.
Il peut arriver aussi qu'il y ait une interaction entre les deux troubles (l'un aggravant l'autre par exemple ou l'un étant un facteur causal de l'autre), dans ce cas, on parle de trouble comorbide ou de double-diagnostic. C'est clairement le cas entre troubles mentaux et addictifs, y compris entre trouble anxieux et tabagisme mais aussi entre dépression et alcool, cannabis et schizophrénie, trouble de la personnalité état-limite et drogues illicites, etc.
Enfin, certains auteurs ont une vision encore plus intégrée et, se souvenant que les troubles addictifs sont aussi des troubles psychiques et que souvent ces troubles ont des causes communes, on parle alors de pathologies duelles (les deux visages phénotypiques de causalités communes et de ressort neurobiologique).

5. ÉPIDÉMIOLOGIE

La fréquence de l'association des deux troubles est considérable et les facteurs de vulnérabilité multipliés.

- Les patients vivant avec des troubles psychiques ont une prévalence élevée (vie entière) d'abus ou dépendance à des substances psychoactives (20 à 30%)[43]
- Les patients ayant des consommations problématiques de substances psychoactives (SPA) ont une prévalence élevée de troubles psychiques associés 40 à 50 %.[44]
- Les populations en situation de précarité (SDF, personnes détenues) seraient plus touchées[45]
- Avec une plus grande prévalence en population hospitalière[46]
- Les situations de comorbidité sont celles dont l'évolution est la plus problématique et nécessite le plus d'intervention professionnelle

43. Brown et al (2001)
44. Regier et al (1990)
45. National Survey on Drug Use and Health (2013)
46. Ibid

On pourra noter en particulier que :

- Il y a une prévalence importante de trouble de l'humeur (70%), de troubles anxieux en particulier de trouble stress post-traumatique TSPT (35%) et de trouble de déficit de l'attention (TDAH) (30%) et de troubles psychotiques (15%) chez les personnes présentant un trouble de l'usage.[47 48]
- La consommation de tabac chez les patients vivant avec une schizophrénie est à l'origine d'une morbi-mortalité importante et la comorbidité totale (TUS/schizophrénie) est particulièrement élevée, entre 30 et 66 % avec le problème majeur du cannabis.
- La comorbidité trouble bipolaire/TUS est également majeure entre 40 et 60 % (alcool, cocaïne…)[49].
- Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est fréquemment associé aux troubles de l'usage de substance.[50]
- Et les troubles de la personnalité (antisociale, état-limite) aux usages de drogues illégales notamment avec prises de risques (injection…).
- La comorbidité TDA/H et TUS s'élèverait jusqu'à 33 %.

Une réalité qui entre en résonnance avec les observations de l'AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), dont l'enquête réalisée par le Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2015) rapporte un bilan similaire : plus de 50% des patients faisant appel aux services médico-sociaux présentent des troubles psychiatriques associés aux conduites addictives.[51]

Les conséquences de la comorbidité sont :

- Une évolution péjorative
- Des risques accrus de chronicisation
- Une plus grande fréquence de risque de rechute pour les deux troubles
- Des taux d'hospitalisations plus élevés
- Une plus grande fréquence de suicides et de tentatives de suicide
- Un risque accru de troubles des conduites (violences)
- Un plus grand taux de désinsertion sociale
- Une moindre qualité de vie
- Une moins bonne compliance aux traitements
- Une baisse de l'espérance de vie
- Un parcours de soin discontinu

47. National Survey on Drug Use and Health (2013), 2Brown et al (2001); 3Regier et al (1990); 4Tenore, (2008)
48. « Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe" EMCDDA 2015 Insights 19
49. A. Dervaux, X. Laqueille. "Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques" L'Encéphale (2008) 34, pp. 299-305.
50. V. Lavoie et al. « État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés » Journal de thérapie comportementale et cognitive. Vol 18, issue 3, (2008), pp. 92-97
51. Guide d'intervention en dépendance, dans un contexte de concomitance d'un problème mental, AIDQ, Montréal (Québec), 2015.

Aussi, la présence des pathologies duelles « n'est pas l'exception mais plutôt la règle » selon Nora Volkow, directrice du National Institute on Drug Abuse (NIDA). Il est donc nécessaire de prendre en compte les pathologies duelles au sein d'une prise en charge globale, tant sur le plan biologique que sur le plan des soins psychologiques et sociaux.[52]

6. LES SITUATIONS ET INTERACTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

Les formes d'interactions entre les deux types de troubles sont multiples :

- La conduite addictive peut accentuer les troubles psychiques (et inversement) : les substances psychoactives peuvent induire des changements d'humeurs, produisant des états d'euphorie et des sentiments de joie ou à l'inverse susciter des états dépressifs, particulièrement pendant le sevrage ou la descente de cocaïne par exemple.
- La conduite addictive peut simuler des symptômes psychiatriques
- La conduite addictive peut masquer les symptômes psychiatriques
- La conduite addictive peut soulager les troubles psychiques.
- Le trouble psychique peut induire ou accentuer les consommations par recherche d'automédication.
- La conduite addictive peut aussi diminuer l'efficacité de la médication ou s'y substituer.
- Les substances psychoactives peuvent également modifier et altérer le fonctionnement cognitif et compliquer les prises en charge.
- Addiction et pathologie mentale expriment toutes deux des facteurs de causalité communs, génétique (exemple : impulsivité) ou développementaux/environnementaux (stress, adversité sociale, maltraitance, traumas....

D'où l'évolution défavorable des pathologies psychiatriques et addictives quand elles sont associées et la nécessité de traiter les deux problématiques si possible en même temps.[53]

Les professionnels d'addictologie retrouvent des constats similaires *dans leurs pratiques cliniques. Selon eux :*

- ***L'addiction au cannabis*** *est plus fréquemment retrouvée dans des contextes de pathologie psychotique ou anxieuse. Le cannabis est un facteur causal d'attaques de panique, d'idées de référence mais aussi de trouble psychotique (ni nécessaire, ni suffisant)[54].*
- ***La dépendance au tabac*** *et à l'alcool est fréquemment associée à des troubles anxieux et dépressifs.*
- ***L'abus d'alcool*** *peut engendrer des syndromes dépressifs et anxieux, ou en être la conséquence[55].*
- ***L'abus de psychostimulants*** *(crack, cocaïne) est souvent à l'origine de symptômes psychotiques (délires, hallucinations…).*
- *Enfin,* ***les professionnels font tous le constat que la polyaddiction*** *est fréquemment associée à une grande précarité sociale et à des troubles psychiques associés, notamment des troubles de la personnalité.*

Cette liste donne un état des lieux des possibilités de rencontre entre les deux troubles, elle n'est ni exhaustive ni systématique.

52. A.Benyamina., Addictions et comorbidités, Editions Dunod, Paris, 2014.

53. « L'intégration des services en toxicomanie », sous la direction de Michel Landry, Serge Brochu et Catherine Patenaude (2012)

54. « Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study", Van Os et al., Am J Epidemiol; 2002, Aug 15;156(4):319-29

55. ***Critères diagnostiques (adapté du DSM-IV) des troubles de l'humeur induits par une consommation pathologique d'alcool.***

Une perturbation de l'humeur est au premier plan et persistante.
Elle est caractérisée par l'un ou deux des critères suivants :

• Humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
• La perturbation de l'humeur est étiologiquement liée à la prise d'alcool.
• Les symptômes ne surviennent pas uniquement au décours d'un delirium.
• Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

7. DES SPÉCIFICITÉS LIÉES AUX ADDICTIONS SANS SUBSTANCE (ASS) ET AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

• Les addictions sans substances (ASS)

Selon les professionnels interrogés, les addictions sans substance seraient fréquemment associées aux troubles de l'humeur, aux troubles anxieux et/ou dépressifs, aux phobies sociales, et à des sentiments d'impuissance.

• Le jeu pathologique

Les pratiques excessives de jeu de hasard et d'argent (JHA), du jeu vidéo, d'Internet et des réseaux sociaux sont parfois liées à des troubles psychiatriques dont les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (dépression) et les troubles anxieux. L'addiction aux JHA est un facteur de risque de conduites suicidaires et de décès par suicide.
De nombreuses études relatent également le lien entre la poly-consommation, le jeu pathologique et les troubles psychiatriques.[56]

Ainsi, les données observationnelles de la NESARC, Petry et al en 2005 nous disent que :

- **73,2%** des joueurs pathologiques seraient alcoolodépendants,
- **60,4%** sont dépendants à la cigarette,
- **49,6%** souffrent d'un trouble de l'humeur,
- **41,3 %** ont un trouble anxieux,
- **60,8%** souffrent d'un trouble de la personnalité[57].

Les joueurs pathologiques auraient des risques de développer des troubles avec des conséquences personnelles et sociales incluant un risque de tentatives de suicide, de perte d'emploi, des problèmes conjugaux et familiaux et des problèmes avec la justice.[58]
Comme les autres addictions, les addictions sans substance sont ainsi au croisement de plusieurs champs, addictologique, psychiatrique, social. **Aussi, il est fréquent que ce soit l'assistante sociale d'une structure médico-sociale en addictologie qui repère en premier le trouble.** Par exemple, le jeu pathologique sera repéré à travers les dettes, le travail (ou la perte d'emploi) de l'usager ou par des visites à domicile de l'assistante sociale. Dans ces contextes-là, les répercussions psychiatriques à type de dépression sont fréquentes.
De nombreuses structures proposent des consultations spécifiques pour les personnes ayant des addictions sans substances comme l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC)[59], des CHU ou encore des CSAPA.

◆ Centre Médical Marmottan

Hôpital Marmottan

Depuis les années 2000, le Centre Médical Marmottan propose, intégré aux addictions « classiques » avec produits, un accueil spécifique pour les personnes souffrant d'addictions sans substances.
Ces consultations sont proposées avec ou sans rendez-vous et avec un étayage pluridisciplinaire (psychiatrique, social, médical suivant les besoins).
Les usagers viennent principalement pour des problèmes de jeux vidéo, de jeu d'argent et de hasard ainsi que d'addiction au sexe et aux sites pornographiques. Ces accompagnements permettent souvent de mettre en évidence et de traiter les troubles psychiatriques fréquemment associés, notamment d'ordre dépressifs et anxieux.

Pour plus d'information :
http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?page_id=158

• Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

La comorbidité TCA/TUS est particulièrement fréquente[60]. 35 % des personnes présentant un TUS signalent avoir présenté un TCA (1 à 3 % en contraste dans la population générale). Les TUS associés ne sont pas présents dans l'ensemble des TCA, ils concernent beaucoup plus les boulimies notamment compliquées de vomissements purgatifs que l'anorexie mentale qui semble ressortir d'un autre registre, moins « addictif ».
La prise en charge de personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire (TCA) est complexe et les structures en addictologie ne sont pas toujours équipées ni formées à un accompagnement thérapeutique adapté. D'ailleurs, les troubles du comportement alimentaire sont généralement pris en charge par les services de psychiatrie. Dans les TCA il y a des troubles psychiatriques associés (dépression, anxiété…). La complexité de ces troubles nécessite l'avis et l'accompagnement d'un psychiatre.

56. Sood et all., "Diagnosis and treatment of pathological gambling, current psychiatry reports, 2003, n°5, pp.9-15
57. Petry N.M., Stinson F.S., Grant B.F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcool and related conditions. In Journal of Clinical Psychiatry, 2005, n° 66, pp. 564-574.
58. Oakley-Browne M.A, Adams P., Mobberley P.M "Intervention for pathological gambling", Cochrane data-base of systematic review, 2000, 2, CD001521
59. L'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC) développe une activité de recherche, de formation et d'information sur les addictions sans produit : http://www.ifac-addictions.fr/presentation-ifac.htmls
60. EMCDDA 2015

Les TCA sont souvent la conséquence de vulnérabilités multifactorielles, et sont d'intensité variable. Il est recommandé de favoriser une approche globale, bio-psychosociale afin d'identifier la pluralité des facteurs prédisposant aux troubles tels que les aspects somatiques, nutritionnels, psychiques mais aussi les facteurs environnementaux et familiaux.

Une prise en charge peut être proposée et pensée à travers des approches thérapeutiques adaptées : l'approche motivationnelle, dans le but de mobiliser les ressources de la personne, des approches corporelles, des techniques de remédiation cognitives, des groupes de gestion des émotions et les thérapies familiales sont autant d'outils thérapeutiques dont le professionnel peut se saisir pour accompagner la personne.

CHAPITRE 4
LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DUELLES

1. SPÉCIFICITÉ ET PISTES DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DUELLES

La cooccurrence entre troubles psychiques et conduites addictives interroge d'une part le repérage et de l'autre le diagnostic, avec la nécessité de prendre en compte la possibilité d'interactions croisées souvent péjoratives entre les deux troubles.
Elle questionne également la prise en charge, et la difficulté d'un accès au soin global (identification à une unique problématique, le rejet de l'autre, les représentations négatives de chaque service, l'orientation systématique…).
Cette cooccurrence interroge également la reconnaissance conjointe des deux problématiques qui sont traitées distinctement par les politiques. Cet état de fait engendre des inégalités de traitement et d'accès au soin. Ceci est visible notamment au niveau de la reconnaissance des troubles psychiatriques comme « handicap », ce qui n'est pas forcément le cas des conduites addictives.
Ce chapitre propose tout d'abord de questionner le paradigme global de la réduction des risques, notamment au regard de la psychiatrie. Nous abordons également les questions du repérage et du diagnostic, ainsi que celles relatives au soin et à l'accompagnement des usagers ayant une double problématique. Enfin, des questions spécifiques aux troubles comorbides sont questionnées : la question du risque suicidaire, des troubles cognitifs et enfin l'accueil et l'accompagnement des publics en situation de précarité.

1.1 UN PARADIGME PIVOT D'INTERVENTION : LA RÉDUCTION DES RISQUES

1. POINT D'ÉTAPE SUR LA RDR

La « guerre contre la drogue » et la loi du 31 décembre 1970 ont entériné une perception sociale très stigmatisée des usages de drogues et des usagers. Ceux-ci étaient perçus et accompagnés soit en tant que malades mais aussi en tant que délinquants. L'horizon des soins, éventuellement obligés, était le sevrage vers une abstinence totale et définitive. C'est dans les années 1980, dans le contexte de la crise sanitaire de l'épidémie du sida, que la réduction des risques a été introduite et il a fallu attendre 2004 pour qu'elle soit inscrite dans la loi. Il fallait prendre en compte leurs besoins de santé et notamment les risques de contamination infectieuse même quand ces personnes ne voulaient pas ou ne pouvaient pas mettre fin à leur intoxication. Il ne devait plus y avoir de pré-requis de projet d'abstinence pour pouvoir être accompagné.
La réduction des risques est un paradigme éthique et pragmatique qui s'appuie avant tout sur l'expérience de l'usager, l'écoute de son expertise sur ses consommations, ses actions, et réactions. Elle prend en compte le respect du corps, la gestion des usages et la pacification des espaces publics et permet des résultats concrets et positifs tels que la baisse des overdoses, des contaminations VIH-VHC et un meilleur accès aux soins.[61]

La réduction des risques est avant tout une démarche dont le professionnel peut s'emparer en proposant un panel d'outils à l'usager. Ces outils concernent :

- L'information sur les risques liés aux consommations
- La mise à disposition de matériel de consommation

61. Couteron, Jean-Pierre. « La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne », Multitudes, vol. 44, no. 1, 2011, pp. 64-70.

- La recommandation de pratiques d'usages à moindre risque
- L'accès facilité aux médicaments de substitutions
- L'accès aux droits et l'orientation vers les services sociaux ou vers d'autres services de droit commun (CPAM…)

Par ailleurs, il a pu être démontré que ces approches de RDR permettent une relation apaisée avec les soignants et une alliance de meilleure qualité, et favorisent également l'entrée dans le soin addictologique (et psychiatrique) pour ceux qui le souhaitent.

2. VERS UNE INTÉGRATION DE L'APPROCHE RDR DANS LA PRATIQUE EN PSYCHIATRIE ?

Bien que les relations entre le secteur psychiatrique et les usagers de drogues soient traditionnellement marquées par une défiance mutuelle, le milieu hospitalier psychiatrique est une étape fréquente dans le parcours de soin des usagers. Par conséquent, il y a lieu de favoriser le bon déroulement de cette étape. Les usagers d'aujourd'hui ne sont plus les « toxicomanes » d'hier, et les comorbidités sont plus présentes et davantage repérées. Une grande majorité des personnes présentant des troubles psychiques ont des conduites addictives, dont la grande majorité concerne le tabac, l'alcool et le cannabis. Dès lors, des modalités d'approche adaptées à la réalité des consommations devraient être proposées pour ces publics, la réduction des risques en particulier.

Par ailleurs, le temps de soin intra-hospitalier a diminué au bénéfice du soin ambulatoire réalisé par les CMP, la médecine de ville ou encore les CSAPA y compris pour les patients comorbides. Ces lieux de prise en charge sont plus compatibles avec une démarche de réduction des risques permettant une éducation aux risques et un appui à une consommation contrôlée des produits.

• Des difficultés rencontrées

L'introduction de la réduction des risques en psychiatrie est complexe et délicate, principalement du fait des contre-indications ou des risques liés à la prise de traitement médicamenteux et la poursuite des consommations. Les conditions de sevrage et d'abstinence lors du temps d'hospitalisation sont bien souvent des prérequis à l'accès au soin. Parmi les raisons pour lesquelles l'arrêt des consommations est utile en psychiatrie hospitalière, on peut noter qu'il permet de découvrir la pathologie psychiatrique, de proposer un traitement adapté et de réduire les troubles comportementaux.
La conduite addictive est alors souvent reléguée au second plan, considérée comme secondaire, une simple conséquence du trouble psychiatrique et rarement prise en compte comme une problématique de santé à part entière par les équipes psychiatriques. L'addiction devrait s'éteindre presque d'elle-même suite à un accompagnement psychiatrique bien conduit.

L'hôpital est pourtant une étape possiblement importante dans la trajectoire et le parcours de soin des usagers de drogues. Ceux-ci sont souvent amenés à l'intégrer après un passage aux urgences. L'injonction à l'abstinence comme prérequis à l'accès au soin hospitalier peut alors provoquer une rupture dans une prise en charge addictologique au bénéfice ou au détriment de l'alliance thérapeutique.

• L'intérêt de faire de la réduction des risques en psychiatrie

La réduction des risques a tout son sens en milieu psychiatrique dans la mesure où elle permet au professionnel de proposer une démarche adaptée à la réalité de chaque usager.
Son intérêt est de favoriser la mobilisation des ressources de l'usager, de prendre en compte son savoir expérientiel, ses consommations, ses réactions et sa propre connaissance de ses symptômes. La réduction des risques est donc avant tout une philosophie et un outil complémentaire en psychiatrie permettant de conserver une cohérence avec le projet de soin en cours du patient.

La réduction des risques peut donc être réappropriée dans les pratiques professionnelles : d'accès à l'information liée aux risques de la consommation, de recommandations de pratiques de consommations moins risquées, et en proposant si besoin, une orientation vers les services médico-sociaux spécialisés en addictologie.

• Les freins à cette intégration

Si l'information (sur les risques) et les recommandations (sur les pratiques) sont des aspects de la réduction des risques qui peuvent être réappropriés par les professionnels de la psychiatrie, la délivrance de matériel et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés restent difficilement assimilables en milieu hospitalier, où ils ne sont pas toujours considérés comme un « vrai » traitement. Il n'est pas exceptionnel encore d'observer des interruptions intempestives de MSO lors d'une hospitalisation en psychiatrie (comme, nous le verrons, l'interruption tout aussi systématique de traitements psychiatriques lors d'une hospitalisation en ser-

vice d'addictologie pour une cure de sevrage…).
Les hôpitaux psychiatriques ne sont a priori pas perçus comme des lieux propices à la délivrance de matériel de réduction des risques, leur libre accès est souvent appréhendé et redouté comme étant de l'incitation à l'usage de produits psychotropes. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ou la naloxone sont d'ailleurs moins bien connus des psychiatres, car leur prescription ne leur apparaît pas être de leur ressort.
Il n'y a par exemple que très peu de délivrance et d'information sur la naloxone alors qu'elle est un produit de santé efficace et relativement simple d'usage dans la prévention des surdoses mortelles aux opiacés. Elle gagnerait notamment à être mieux connue des services d'accueil d'urgences des établissements psychiatriques.

• Les outils de réduction des risques utilisés par les professionnels en milieu hospitalier psychiatrique

Plusieurs outils de RDR existent déjà sur le territoire et ont été élaborés et mis en place dans des services de psychiatrie, notamment par le biais des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).
Certains outils de réduction des risques ont été mis en exergue par les professionnels tels que :

- La distribution de brochures de RDR sur les produits
- L'information sur les risques liés à la consommation de tabac et d'alcool
- La communication sur les TROD
- L'information sur le VIH et le VHC,
- La communication sur les groupes de paroles
- L'information sur les risques de surdose et la naloxone (ex : spray nasal de naloxone).

• Un exemple d'approche de RDR par le produit : le tabac

En plus de la surmortalité qu'il induit (cancer, pathologie cardio-vasculaires…), le tabac a un impact majeur sur les troubles de l'humeur et peut avoir des effets sur les performances cognitives d'un patient. La consommation de tabac peut notamment aggraver l'anxiété et engendrer des états dépressifs lors du sevrage. La consommation de tabac est également extrêmement fréquente et importante chez les patients psychotiques dont elle est un facteur majeur de mortalité prématurée.

Le mois sans tabac :

Le mois sans tabac permet de se focaliser sur cette problématique et de sensibiliser les patients mais aussi le personnel de l'hôpital psychiatrique. Des interventions peuvent être réalisées à la cafétéria, comme c'est le cas au **CH St Louis La Rochelle,** où **l'ELSA** organise deux fois par an une action de communication autour du tabac et de ses risques. La cafétéria est ici pensée comme un lieu de rencontre pour les patients qui peuvent y venir avec leur entourage. C'est également un lieu fédérateur au niveau de l'hôpital. Les actions autour du mois sans tabac sont organisées et préparées par le personnel infirmier. L'objectif est d'informer à travers différents supports, par exemple en utilisant un détecteur de monoxyde de carbone, en projetant des films et en utilisant des plaquettes d'information sont autant de support à la discussion. Récemment, la possibilité a été donnée aux infirmiers (IDE) de pouvoir prescrire et adapter les patchs de substitution nicotinique, ce qui est une avancée majeure.

Utiliser la Vapoteuse et les substituts nicotiniques comme outils de RDR en :

- Informant sur la vapoteuse et les substituts nicotiniques auprès des patients.
- Sensibilisant et faisant tester la Vaporette aux fumeurs, malades ou visiteurs qui le souhaitent.
- Distribuant du matériel e-cigarette, e-liquide et des substituts nicotiniques sur l'hôpital.
- Coopérant avec l'association la Vape du cœur qui fournit du matériel et travaille avec des bénévoles pour former les participants à l'utilisation de la e-cigarette.
- Évoquant le coût de la cigarette et en discutant de son impact sur la démarche de rétablissement des personnes.

• Un exemple d'approche de RDR par un dispositif : les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) jouent un rôle déterminant dans l'organisation de la prévention des conduites addictives et de leurs risques au sein de l'hôpital aussi bien auprès des patients que du personnel soignant. Elles ont pour mission de mettre à disposition de la documentation et former les équipes à la prise en charge des addictions et à la réduction des risques.
Les ELSA ont mis en place des démarches de communication sur des approches de réduction des risques innovantes et profitables pour contourner certaines réticences des équipes psychiatriques vis à vis de la réduction des risques. Elles recommandent de :

- Sensibiliser à la RDR en faisant appel à une personne ressource extérieure à l'hôpital (le pharmacien par exemple), et parler de l'intérêt des traitements de substitution aux opiacés et à la nicotine en s'appuyant sur de la documentation scientifique.
- Monter des temps de travail avec la maison des usagers afin de sortir du lieu de soin pour faciliter l'écoute et aborder la RDR dans un lieu neutre.
- Travailler avec des associations d'anciens patients ou bien de groupes d'auto-support pour permettre des réunions d'information sur le sevrage et l'abstinence et

aborder le champ de possibilité qu'est la réduction des risques en addictologie.

- Proposer un lieu pour permettre aux patients d'aborder leur expérience et leur connaissance de ce qu'est pour eux la réduction des risques.
- Aborder la question de la sexualité pour aborder la réduction des risques dans le but de sortir du schéma de l'addiction au produit et de faire évoluer la perception de la RDR.
- Construire un discours de réduction des risques pour la psychiatrie, c'est-à-dire interroger les risques que les patients encourent sans étayage d'une politique de réduction des risques. C'est aussi prioriser un aspect de la RDR sous l'angle de la prévention du VIH/VHC.

• Une approche innovante de réduction des risques dans une unité de psychiatrie des addictions : Unité Jean Pierre Pot au CH du Rouvray

→ La RDR à l'hôpital psychiatrique du Centre hospitalier du Rouvray

1. Présentation de la structure

L'unité Jean Pierre POT est une unité de psychiatrie des addictions créée en 2007 à l'initiative du Dr Protais et située au sein du CH du Rouvray en Normandie. L'hôpital psychiatrique possède 550 lits d'hospitalisation et une file active de 30 000 patients. L'unité mixte de 8 lits, propose des soins intégrés où addiction et pathologie mentale sont prises en charge conjointement.

Par le biais d'une approche motivationnelle, l'équipe propose de travailler sur l'importance des usages dans le quotidien de la personne ainsi que d'évaluer et mieux comprendre les liens qui existent entre ces usages et la pathologie mentale. L'objectif est l'amélioration de la qualité de vie des patients et non un temps d'hospitalisation de « sevrage ».

2. Contexte et mise en œuvre de la RDR

Grâce à cette configuration unique, l'unité peut être utilisée par ses partenaires extérieurs (CHRS, CSAPA, médecins généralistes, associations) comme une porte d'entrée vers la psychiatrie, par le biais de « la cure ».

L'équipe adapte la prise en charge au public composé soit de personnes « non stabilisées » sur le plan psychiatrique et/ou addictif et/ou social et ayant peu ou pas de suivi ; soit de personnes souhaitant l'instauration d'une substitution, l'arrêt d'un seul produit parmi d'autres, la diminution ou suspension provisoire d'un usage…

3. Types d'actions de RDR

Au sein de l'unité, le travail de RDR réside dans l'instauration d'un nouvel équilibre pour limiter les dommages sanitaires, relationnels, professionnels et sociaux de la consommation du patient.

La consommation n'est pas un motif d'exclusion. Il est nécessaire de prendre en compte les processus d'apprentissage et donc d'erreur dans la démarche de changement initiée par le patient. L'objectif est de travailler la place des usages dans le quotidien ainsi que leur fonction. Elle est considérée comme l'expression clinique d'une pathologie et non une transgression.

Cette approche permet aux patients de parler librement de leurs usages et créer ainsi une alliance thérapeutique sur le long terme et ce, grâce à plusieurs composantes :

- Le cadre : la prise en charge se déroule en hospitalisation, le positionnement professionnel collectif est contenant et modulable pour adapter les objectifs et le règlement en fonction des problématiques individuelles.
- L'approche expérientielle : le récit et l'analyse qu'ils font de leurs expériences lors des sorties constituent la matière première de travail pour l'accompagnement au changement.
- Le travail en groupe restreint : l'ouverture d'espaces d'échanges de pair à pair permet une « expertise partagée » lors des médiations de groupes et temps collectifs (café et repas thérapeutique, groupe de Gestion des Envies de Consommer, Débats…).
- Entretiens motivationnels individuels : qui ont en commun avec la RDR le « non jugement » et le « partenariat ».
- Intervention de l'association AIDES : l'association AIDES intervient autour des risques de transmission des hépatites et du VIH. C'est un partage entre usagers de drogues, acteur de la RDR et acteurs de soins.

4. Difficultés et freins rencontrés

Deux freins limitent actuellement le développement de la RDR. L'hôpital a encore beaucoup de préjugés autour de la RDR (laxisme, l'accompagnement dans l'usage n'est pas du soin, incitation à l'usage…). Les structures de RDR ne perçoivent pas l'hôpital comme un lieu de RDR (pas de distribution de matériels, pas de testing produits…). Du côté des patients, la demande initiale est souvent bien loin de leur objectif personnel. L'admission en lieu de soin étant souvent associée au « sevrage » et encore à « l'abstinence ».

L'actuelle politique de réduction des coûts à l'hôpital ne favorise pas non plus le maintien d'une petite

unité avec le personnel formé en psychiatrie et en addictologie nécessaire pour cette approche.

5. Quelles suites à envisager
La suite s'envisage à travers trois axes. La création d'un groupe d'échanges destiné à l'entourage des patients, le renforcement de l'équipe de liaison addictologique au sein de l'hôpital psychiatrique ainsi que le développement de la prise en charge ambulatoire (type hôpital de jour) ainsi que la recherche (études) sur l'impact de la RDR sur la qualité de vie des patients de psychiatrie.

- L'apport de données probantes permettrait d'obtenir des moyens supplémentaires pour améliorer la prise en charge intégrée accompagnée d'une vraie politique de réduction des risques.

→ **Agathe Chopart** (IDE)
→ **Coralie Hans** (psychologue)

1.2 LE REPÉRAGE ET LE DIAGNOSTIC

1. REPÉRAGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

• La parole des médecins généralistes

- *La pratique isolée en cabinet peut induire un manque de fluidité dans les contacts, ce qui a un impact sur les parcours de soin de patients*
- *La différence de temporalité de chaque champ rend les orientations complexes,notamment lorsqu'il s'agit d'orienter vers les structures hospitalières. Celles-ci sont difficilement accessibles sauf par le biais des urgences.*
- *La difficulté de trouver des psychiatres libéraux engagés dans la double prise en charge.*
- *La difficulté d'accéder à une structure addictologique ou à un CMP. Cela dépend des territoires mais il apparaît rare de pouvoir avoir accès aux deux dispositifs.*
- *Le refus des patients de parler d'un trouble ou de l'autre rend la prise en charge globale difficile et complexe.*

Ces quelques constats rappellent que les médecins généralistes sont souvent en première ligne dans le repérage des conduites addictives et des troubles psychiques. Ils ont donc un rôle central dans l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation vers des partenaires psychiatres et addictologues. Ils se situent d'ailleurs souvent à l'interface des champs et devraient être une pierre angulaire de la communication entre les acteurs.

• Repérage et évaluation par le médecin généraliste

◆ Boîte à outils de repérage des troubles psychiques des médecins généralistes :

→Le recueil des données
- Les anciennes ordonnances
- Antécédents, histoire de la maladie
- La bonne communication avec les intervenants antérieurs

→Examen clinique
- L'entretien avec le patient à la recherche de signes particuliers (dépression, troubles anxieux, hallucinations, automédication, troubles cognitifs…)
- Echelles d'évaluation

→Examen para clinique
- Les tests de repérage[62]

→L'écoute active et le suivi dans le temps

• En quoi consiste l'accompagnement par le médecin généraliste ?

- *Le repérage précoce intervention brève en vue notamment de l'aide à la diminution ou à l'arrêt des consommations (HAS 2014)*[63]
- *L'aide médicamenteuse, prescription de traitements de substitution…*
- *La recherche de partenariats via les réseaux de soins et la recherche de prise en charge psychiatrique conjointe*
- *L'écoute, le soutien psychologique en augmentant la fréquence des consultations*

62. BITS test est un outil de repérage chez les adolescents (addictions, suicides…). Pour plus d'information : https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/03/Intervention-de-Philippe-Binder-sur-Quand-passe-les-ados...-deux-outils.pdf (Pr Philippe Binder).

63. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

Les médecins généralistes peuvent entamer certains traitements tant en addictologie qu'en psychiatrie, notamment en ce qui concerne les prescriptions et l'accompagnement de TSO, de traitement de la dépendance à l'alcool, ou de substituts nicotiniques... Les médecins peuvent aussi prescrire des traitements psychotropes tels que des anxiolytiques et hypnotiques, des antidépresseurs, des antipsychotiques et des régulateurs de l'humeur… Toutefois, certains médecins traitants préfèrent orienter vers un professionnel de psychiatrie (libéraux, CMP) ou en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA) pour équilibrer correctement la réponse à ces troubles complexes qu'ils suivront ensuite à leur cabinet.
Ces partenariats spécifiques, construits de gré à gré sont de plus en plus difficiles à trouver du fait du manque de professionnels et de la raréfaction des réseaux de soins en addictologie et en psychiatrie.

2. REPÉRAGE DANS LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

• Des troubles repérés par les professionnels

La coexistence des troubles psychiques et des conduites addictives est fortement rencontrée dans les structures en France. En effet, selon notre enquête, 90% des ELSA interrogées remarquent une forte prévalence de troubles psychiques parmi les usagers. 83% des CSAPA et des CAARUD déclarent noter une forte présence d'usagers ayant des troubles psychiatriques. 92% des structures résidentielles (AT, CT, CTR) ont la même préoccupation et 100% des structures hospitalières interviewées soulignent également une prédominance de troubles associés.

• La parole des professionnels

Les professionnels interrogés soulignent :

- Le besoin d'outils permettant le repérage, le diagnostic et l'évaluation des troubles.
- Le besoin d'appui de la psychiatrie rendant la confirmation du diagnostic difficile.
- La corrélation de deux ou plusieurs troubles qui s'influencent mutuellement brouillant le repérage de l'un et de l'autre.
- L'expression par paliers de la pathologie psychiatrique pouvant rendre le diagnostic tardif.
- La minimisation voire le déni des troubles psychiatriques par les patients qui préfèrent mettre leurs troubles sur le compte de la consommation de produits uniquement : « Je ne suis pas fou ! ».

Les difficultés énoncées, liées au repérage et au diagnostic, rendent la prise en charge complexe : du côté de l'addictologie, les professionnels se sentent souvent démunis pour proposer une prise en charge adaptée.

• Situations de repérage

Des outils de repérage sans soutien psychiatrique dans la structure :

→ L'évaluation classique
Le bilan d'accueil classique réalisé dans des structures addictologiques permet de repérer un dysfonctionnement ou une souffrance reflétant une problématique psychiatrique. Il permet de réaliser une évaluation psychologique et sociale, lors des entretiens individuels. Par la suite, le travail en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'un suivi médical peut compléter ce repérage. Il existe des outils internationaux validés (MINI, CIDI, interview structuré DSM 5) de repérage mais ils sont très peu connus et utilisés en France (hors recherche) ni a fortiori en CSAPA.

→ Des échelles
Des échelles d'évaluation peuvent également être utilisées comme outils par les professionnels, elles questionnent les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, la douleur morale, les troubles du sommeil, les idées suicidaires… Les plus pertinentes et faciles d'utilisation sont l'échelle d'Hamilton qui peut être utilisée au cours du premier entretien et permet de mesurer la présence et la sévérité des symptômes dépressifs. L'échelle de Dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est également fréquemment utilisée et employée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur.
L'échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD) est également un outil intéressant dans la mesure où il en existe une forme en auto-questionnaire rempli par le patient. Elle permet de dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives.

→ Le repérage avec une ressource psychiatrique
Effectué par une personne qui n'est pas psychiatre mais qui a acquis des éléments de repères psychiatriques lors de sa formation ou à travers ses expériences professionnelles, le repérage peut être réalisé par un infirmier, un psychologue, ou encore un médecin généraliste. Cette ressource, sur laquelle l'équipe en addictologie pourra s'appuyer permettra d'effectuer un premier repérage et un premier diagnostic. Cette personne sera également un bon interlocuteur et un relai intéressant pour établir le dialogue avec la psychiatrie. En effet, la culture médicale ou psychologique commune peut permettre une meilleure écoute et collaboration entre les secteurs.

Cette ressource ne pourra cependant pas remplacer le psychiatre ni son champ d'intervention (diagnostic, prescription de médicaments…), mais pourra apporter des éléments d'analyse éclairants.

◆ Le CSAPA Bicêtre (75) et le premier repérage réalisé par l'infirmière

Au CSAPA Bicêtre, l'infirmière fait un premier repérage réalisé lors du premier rendez-vous avec le patient. Ici, l'infirmière ne remplace pas le psychiatre quand il est absent et n'a ni formation psychiatrique ni addictologique mais elle a pourtant un rôle déterminant. Sa complète immersion lui a permis d'acquérir des connaissances et de :

- Réaliser un entretien préalable sur les antécédents médicaux, familiaux, psychiatriques, biographiques.
- Repérer les premiers signes de troubles pour orienter si besoin vers les urgences psychiatriques ou addictologiques.
- Réaliser après chaque repérage une réunion en équipe sur le délai de prise en charge et les possibilités d'orientation vers un psychiatre ou médecin généraliste.

3. LE REPÉRAGE DES CONDUITES ADDICTIVES EN PSYCHIATRIE

→ À l'hôpital

De façon assez classique les services de psychiatrie ont l'expérience historique de la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool. C'est en effet dans ces services qu'étaient la plupart du temps traités les patients alcoolodépendants, en dehors des périodes de crise (intoxication aigue ou sevrage avec confusion mentale, agitation, délirium tremens qui pouvaient les conduire en services d'urgences médicales). Les soins consistaient à la mise en place d'un sevrage en alcool (cure) pouvant se poursuivre par un temps plus long de post cure. Les troubles psychiatriques comorbides à l'addiction à l'alcool tels que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur étaient alors également soignés. Depuis assez récemment, les structures hospitalières psychiatriques ont de plus en plus tendance à regrouper les lits à vocation addictologique dans des unités ou services dédiés, alors qu'auparavant ces lits étaient répartis dans les différents services.

Ceci va de pair avec une amélioration des pratiques et des techniques de soins des addictions dans ces unités mais avec le risque que le reste de l'hôpital se consacre moins à cette pratique bien que les conduites addictives y soient encore très fréquentes. Afin de répondre à cette évolution un certain nombre d'équipes d'addictologie de liaison intra hôpital psychiatrique ont ainsi vu le jour. Elles sont rattachées aux unités d'addictologie et contribuent à l'amélioration du repérage et de la prise en soin des addictions dans l'hôpital. Les problématiques qu'elles ont à traiter concernent les troubles de l'usage d'alcool mais également les addictions aux substances illicites de plus en plus fréquentes.

En ce qui concerne les substances illicites ces équipes doivent pouvoir aider à la gestion d'un traitement de substitution aux opiacés (dont la pratique est peu connue dans ces services), à proposer des orientations thérapeutiques concernant les addictions aux psychostimulants et enfin à favoriser une approche de réduction des risques vis-à-vis des conduites addictives. La contribution de ces équipes peut concerner la gestion de la consommation de cannabis chez les patients souffrant de schizophrénie. La connaissance de la clinique des addictions, de l'abord motivationnel et de l'approche basée sur la réduction des risques peut permettre de déstigmatiser l'usager et de ne pas réduire sa consommation à son seul aspect d'entorse au cadre institutionnel.

Enfin les équipes de liaison addictologique à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique devraient contribuer à la lutte contre le tabagisme et à la mise en place de stratégies d'accompagnement à la réduction des risques en ce qui concerne le tabac qui est la première cause de mortalité évitable chez les patients souffrant de troubles mentaux.

En l'absence d'équipe de liaison intra-muros (ce qui est plutôt malheureusement la règle) les hôpitaux psychiatriques devraient pouvoir mettre en place des partenariats avec des équipes d'addictologie hors les murs (CSAPA, services d'addictologie hospitaliers généraux) en favorisant des échanges de connaissances et de pratiques.
Dans un certain nombre de cas la psychiatrie est également le lieu du soin sous contrainte (à la demande d'un tiers ou bien d'un représentant de l'état) des troubles de l'usage d'alcool sévères associés ou non à des problématiques psychiatriques, lorsque l'état du patient nécessite des soins urgents et qu'il ne peut y consentir.

Aujourd'hui les problématiques addictives rencontrées en institution ne concernent pas seulement l'alcool ou le tabac mais également des poly consommations de substances illicites comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne. Les addictions comportementales sont également fréquentes en particulier au jeu (pari en ligne, jeux de grattages…) et la consommation d'écrans. Ici les équipes sont souvent dépassées par la gestion de ces poly consommations, modifiant l'évolution et la prise en soin des pathologies mentales, et dont l'explosion reflète le lien étroit et complexe entre « drogues et troubles mentaux ». Les intervenants de l'addictologie peuvent apporter des connaissances sur la compréhension des mécanismes, le dépistage des troubles de l'usage (notamment à travers des tests de dépistage : AUDIT, DETA, CAST…) mais également les modalités d'intervention et d'accompagnement du patient (réduction des risques et approche motivationnelle).

→ Dans le cadre du CMP ou de la consultation de ville
Dans ces situations le dépistage des pratiques addictives doit être systématique lors du premier entretien et tout au long du suivi. Les psychiatres sont diversement sensibilisés et formés au suivi des addictions et l'évolution des études médicales va dans le sens d'une amélioration de cette formation durant leur cursus. Un certain nombre de patients souffrant de troubles mentaux sont suivis par leur médecin généraliste que ce soit en amont et en aval de la prise en charge psychiatrique. Ces praticiens sont les pivots du dépistage, de la prévention et du soin. Leur formation au repérage et au traitement des addictions est une évidente nécessité. Le maillage solide entre ces praticiens et les intervenants de l'addictologie et de la psychiatrie en est une autre. Des travaux débutent également sur la définition du rôle de l'infirmier en pratique avancée en psychiatrie, qui pourra contribuer efficacement à cette prise en charge.

1.3 LES SOINS

TRAITER LES PATHOLOGIES DUELLES LE CONSTAT DES PROFESSIONNELS

L'objectif de la prise en charge vise à stabiliser la pathologie addictive et la pathologie mentale en s'appuyant sur des stratégies différenciées (qui devraient être complémentaires) et communes.
Quelle que soit l'entrée, addictologique ou psychiatrique, les deux enjeux majeurs de la prise en charge reposent sur des stratégies d'alliance et d'accompagnement. Il s'agit tout d'abord d'établir une alliance thérapeutique qui permettra d'aborder dans un premier temps la problématique présentée par l'usager/patient. Faire accepter leur double problématique aux patients est souvent long et compliqué. Ils s'identifient rarement à ce double diagnostic et refusent un traitement qui aborderait les deux problématiques. Un deuxième enjeu est donc de l'aider à appréhender (dans la mesure du possible) sa double problématique pour ensuite lui proposer de l'accompagner dans les approches thérapeutiques tout au long de son parcours.

→ Soin psychothérapique et médicamenteux des addictions et des troubles psychiques associés

Le sujet de la prise en soin des pathologies duelles nécessiterait un ouvrage. Mais un ouvrage à venir… tant tout reste à écrire. Si l'on commence à y voir plus clair, c'est-à-dire à accepter l'idée qu'il peut exister des protocoles de soins de première intention puis de seconde et de troisième ligne ainsi que différentes formes de psychothérapies dans le traitement des troubles psychiques et des addictions, il existe aujourd'hui peu de conduites à tenir pour le traitement de troubles co occurrents. Certes la combinaison des traitements de l'un et de l'autre trouble qui semble intuitivement évidente, mais qui n'était pas forcement jusqu'à présent la norme, est aujourd'hui de plus en plus acceptée et comprise par les professionnels et les patients.
Nous proposons ici une rapide relecture historique du soin psychothérapique et médicamenteux dans les addictions à travers le prisme de l'approche ***bio-psychosociale.*** Cette approche qui génère un modèle global, interactif et cohérent des addictions permet d'intégrer aux soins addictologiques des interventions psychothérapiques et médicamenteuses pour le traitement des troubles mentaux associés.

1. Repères historiques

Le modèle biopsychosocial développé par George L. Engel depuis la fin des années 1970[64] est devenu le modèle (officiellement) dominant dans le champ des addictions. Par essence intégratif, il considère que la rupture cartésienne entre corps et esprit, le dualisme, conduit les intervenants à des représentations et à des approches réductionnistes qui en limitent par là-même l'efficacité clinique[65].

Les troubles, médicaux, psychiatriques, addictifs… ne peuvent se comprendre qu'en intégrant leurs différentes dimensions, biologique, psychologique et sociale, en interaction permanente. Pour être le plus efficaces possibles, les interventions ne devront pas se limiter au seul niveau élémentaire, moléculaire, des causes immédiates, avec des médicaments par exemple, mais aussi intégrer des approches psychologiques et sociales susceptibles d'agir sur les facteurs causaux distaux (stress, trauma, adversité sociale, maltraitance infantile, etc.), les « causes des causes »[66]. C'est la grande question de la causalité[67], question fondamentale dont nous avons pu mesurer la complexité mais aussi la richesse et l'utilité pour l'action clinique grâce à Michel Le Moal, grand chercheur en neurobiologie de l'addiction, membre de l'Académie des sciences mais aussi conseiller scientifique et ami de la Fédération Addiction.

En France, l'organisation du système spécialisé de soin des addictions se réfère formellement au modèle « biopsychosocial ». Il s'est ainsi largement structuré autour de structures médico-sociales, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA-pivots, qui visent à offrir un accompagnement global aux patients grâce à des équipes pluridisciplinaires. Cependant, derrière cette apparente polyvalence « biopsychosociale », la réalité était souvent presque exclusivement psychosociale, en partie pour des raisons de ressources humaines (très peu de personnels médicaux ou paramédicaux dans les effectifs) mais aussi pour des raisons d'ordre idéologique. Dualistes, souvent à leur insu, beaucoup d'intervenants ne voyaient dans les addictions qu'un « pur » phénomène psychosocial détaché de tout support biologique et redoutaient l'irruption du « médical » en ce qu'il risquait, d'une part, d'introduire une lecture réductionniste de l'addiction en tant que « maladie » et, d'autre part, d'asservir la pureté de l'accompagnement psychosocial et de la psychothérapie au « pouvoir médical » et à sa technicité déshumanisée.

Dans le monde de la psychiatrie, la même discussion avait cours dans les années 1980, opposant les tenants de la « psychiatrie biologique » et du modèle « biomédical » à ceux, souvent d'orientation psychanalytique ou « antipsychiatrique », récusant le concept même de maladie mentale au bénéfice de l'écoute du sujet.
Dans ce contexte général, la place du médicament, devenue emblématique, était un enjeu majeur !

Considérer qu'un médicament pouvait aider, c'était risquer de céder à la médicalisation, à la biologisation déshumanisante, c'était oublier, voire même anesthésier la souffrance du sujet ou encore l'enfermer dans des camisoles chimiques étouffant la parole libératrice. Le « camp » adverse était tout aussi radical considérant que ce « salmigondis psychanalytique » était pure idéologie totalement déconnectée des avancées de la science et masquait son impuissance derrière un discours philosophico-théologique. Les deux camps apparemment irréconciliables étaient au moins d'accord sur un point : se séparer (tout en invectivant l'autre). Les domaines et les acteurs de la psychothérapie (et de l'approche psychosociale) et de la pharmacothérapie (médicaments) devaient donc non seulement rompre mais demeurer durablement hostiles.

Cette évolution fut encore plus marquée dans le domaine de l'addictologie que dans celui de la psychiatrie. Plus souvent encore qu'en psychiatrie, les acteurs étaient de culture dominante psychosociale, avec une grande méfiance à l'égard du « médical » et les médicaments psychotropes y avaient encore plus mauvaise presse. En effet les « produits » semblaient bien souvent à l'origine des problèmes des patients rencontrés en CSAPA, qu'il s'agisse de produits illégaux (héroïne, cocaïne, cannabis…) ou légaux (alcool, médicaments détournés : benzodiazépines, MSO, morphine, anesthésiques…) La frontière, au demeurant poreuse, entre drogue et médicament y semblait encore plus illusoire qu'ailleurs et certains en vinrent à penser que ces substances psychoactives, drogues ou médicaments, étaient nuisibles en soi, qu'il fallait les éliminer pour laisser place à la seule relation d'aide, à l'accompagnement et la psychothérapie.

64. Engel, G., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977. 196(4286): p. 129-136

65. Engel, G.L., The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 1980. 137(5): p. 535-44

66. Marmot, M. and R.G. Wilkinson, Social Determinants of Health, in The Solid Facts. 2003, OMS/WHO: Copenhagen
Marmot, M., Inclusion health: addressing the causes of the causes. The Lancet, 2018. 391(10117): p. 186-188

67. Le Moal, M., Pathologies comportementales et sociales : la question des origines, in La causalité dans les sciences biologiques et médicales. Faut-il connaître les causes pour comprendre et intervenir ? C. Debru and M. Le Moal, Editors. 2017, EDP Sciences: Académie des sciences

C'est ainsi que dans les Communautés Thérapeutiques au plan international, dans les « postcures » françaises mais aussi dans les centres de soins ambulatoires les traitements psychotropes étaient, de fait, absents ou même explicitement interdits, ce qui limitait d'autant l'accès aux soins addictologiques des personnes présentant des troubles psychiatriques caractérisés. Souvent, les médecins, notamment les psychiatres/psychothérapeutes, travaillant dans ces établissements avaient choisi d'exercer dans ce contexte pour précisément limiter leur activité aux accompagnements psychothérapeutiques. Les seuls médicaments psychotropes admis, à titre très provisoire, étaient ceux accompagnant des cures de sevrage (méprobamate puis oxazepam, etc.)
Et puis tout a commencé à changer, le terrain « biopsychosocial » était néanmoins culturellement prêt, manquaient les preuves, elles ont commencé à affluer.

2. Psychothérapie / pharmacothérapie ?

L'article retentissant de Glen O. Gabbard et Gerald Kay en 2001[68] dénonce la fragmentation entre psychothérapie et pharmacothérapie qui crée une séparation artificielle et nuisible entre les domaines psychologique et biologique en psychiatrie. Le modèle de Engel officiellement admis par tous ne lui semblait plus être qu'une sorte de « mantra » ritualisé, récité par tous mais pratiqué par personne. Et pourtant les études commençaient à s'accumuler démontrant que l'approche combinée psychothérapie/médicament, si elle n'est pas toujours nécessaire, est toujours la plus efficace. Il précisait même que, quand c'est possible en fonction des ressources humaines, les études montrent qu'il est préférable de proposer une approche intégrée (les deux interventions par la même personne qui assure la psychothérapie et prescrit le traitement) que simplement coordonnée (entre deux intervenants distincts).

Si l'on y réfléchit bien, c'est la même séquence qui s'est jouée avec l'arrivée des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en France au cours des années 1990. Certains y voyaient LE traitement, nécessairement médicamenteux, de la dépendance aux opiacés en tant que maladie assimilée au diabète (avec un traitement à vie, comme avec l'insulinothérapie), d'autres y voyaient la médicalisation et la camisole posée sur une souffrance psychosociale. Les affrontements étaient vifs, les données étaient les mêmes et concluaient au même résultat, ce qui était le plus efficace c'était l'association des deux en fonction de la demande des personnes, ce qu'intègre la terminologie de Traitement de substitution aux opiacés (TSO)[69]. Nous avons pu assister récemment à une sorte de réplique de ce débat avec la controverse autour du baclofène[70].

Dans le même ordre d'idées, une étude récente au design tout à fait remarquable[71] avec double-randomisation, a porté sur le traitement du TPST (trouble stress post-traumatique) en comparant deux approches : psychothérapie (thérapie d'exposition prolongée) et pharmacothérapie (sertraline). La double-randomisation permettait dans un premier temps de séparer aléatoirement les patients en deux groupes, ceux qui n'auraient pas le choix du traitement (et qui seraient affectés d'office par un deuxième tirage au sort à un groupe « psychothérapie » ou à un groupe « médicament ») et ceux qui à l'inverse iraient dans le groupe de leur choix (psychothérapie ou sertraline). Finalement, cette étude indique une légère supériorité globale de la thérapie d'exposition par rapport au médicament mais surtout, elle montre que, quelle que soit l'approche thérapeutique, celle qui fonctionne le mieux c'est celle qu'a choisie le patient !

Il semble donc clair que pour être plus efficace, il vaut mieux s'adapter aux besoins et surtout, en l'occurrence, aux attentes des patients. Cette apparente évidence impose aux établissements de disposer d'une bonne diversité de réponses (en interne si possible et en tout cas en partenariat fonctionnel) afin de pouvoir être réellement efficaces

3. Les médicaments en psychiatrie / addictologie

Dans une perspective biopsychosociale, il ne peut qu'en aller de même dans l'emploi des médicaments utilisés en psychiatrie et en addictologie dans le cas de comorbidités, leur utilisation doit pouvoir être combinée si nécessaire. Or, dans ce cas également, la tendance à la fragmentation est puissante. Même si cela se fait rare, il n'est pas encore exceptionnel de voir des services de psychiatrie réticents à mettre en œuvre des traitements addictologiques voire même décidant de les interrompre, des MSO par exemple,

68. Gabbard, G.O. and J. Kay, The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? Am J Psychiatry, 2001. 158(12): p. 1956-63

69. Ball, J. and A. Ross, The effectiveness of methadone maintenance treatment. Patients, programs, services and outcome. 1991, New York: Springer Verlag

70. Delile, J.-M., Baclofène : assez tergiversé ! in Supplément technique 1. 2012, Fédération Addiction: Paris

71. Zoellner, L.A., et al., Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD. Am J Psychiatry, 2018

de même qu'à l'inverse des services d'addictologie hésiteront à prescrire d'eux-mêmes des traitements psychiatriques semblant considérer leur domaine non plus comme une discipline transversale mais comme une nouvelle surspécialité cloisonnée. L'hypothèse sous-jacente est la même dans les deux cas mais en symétrie, chacun semblant considérer qu'en cas de comorbidité c'est « son » trouble, celui de son champ spécialisé (psychiatrique ou addictologique), qui est le trouble premier, qu'il s'agit de traiter en priorité, l'autre trouble s'estompant ensuite par voie de conséquence. Or, même si ces cas de figure existent bel et bien, la plupart du temps il s'agit en fait de pathologies duelles, intégrées en quelque sorte, qui nécessitent une intervention globale y compris sur le plan médicamenteux.

Les données en faveur des approches intégrées sont en effet de plus en plus claires[72]. Si l'on examine par exemple, la comorbidité fréquente TPST/TUS, les protocoles classiques de soins imposaient de traiter d'abord le trouble de l'usage de substances (TUS) puis de traiter le TPST (Trouble stress post-traumatique) une fois le patient devenu abstinent. Au final, c'était très peu efficace, peu de patients parvenant à maintenir l'abstinence d'autant que l'usage de substances les aidait à supporter leur stress post-traumatique selon le modèle de l'automédication. De ce fait très peu parvenaient au traitement de leur TSPT. Denise Hien eut l'idée d'étudier l'impact d'un protocole intégré[73], il s'agissait dorénavant de traiter inconditionnellement le TSPT, et de le comparer à l'approche traditionnelle. Les résultats démontrèrent que le fait de traiter le TSPT amenait secondairement à une réduction des conduites addictives et à une amélioration globale (alors que l'inverse n'était pas vrai). L'auteur concluait que ce travail fournissait une « base empirique pour des interventions intégrées ».

Un autre travail marquant a été celui de l'équipe de Philadelphie avec Helen Pettinati[74] qui a apporté une contribution importante au modèle intégratif. Il s'agissait d'une étude randomisée contrôlée portant sur des patients comorbides dépression/TU alcool et comparant l'impact d'un traitement addictologique (naltrexone) ou d'un traitement psychiatrique (sertraline) employés chacun isolément et d'un traitement combiné (naltrexone + sertraline). Les résultats démontrèrent que le traitement combiné avait des résultats largement supérieurs à chacun des traitements administrés séparément et ce aussi bien vis-à-vis du TU d'alcool que de la dépression.

Rappelons enfin que le cloisonnement entre médicaments addictologiques et psychiatriques est largement artificiel. L'exemple le plus évident est celui du bupropion présenté en France exclusivement comme un traitement de la dépendance tabagique (Zyban®) mais qui se trouve par ailleurs être un bon antidépresseur dopaminergique, apparenté aux cathinones, commercialisé comme tel aux USA (Wellbutrin®). Les mécanismes essentiels de l'addiction étant neurobiologiques, il n'est pas surprenant que les médicaments efficaces soient des psychotropes. Dans l'excellente revue récente de Nora Volkov[75], les futures pistes de développement de nouveaux médicaments de l'addiction sont des molécules, souvent déjà utilisées en neuropsychiatrie (cf. fig.1) comme le topiramate, la gabapentine ou le modafinil, interagissant avec les différents circuits cérébraux et neuromédiateurs impliqués dans l'addiction (dopamine, glutamate, dynorphine, enképhaline, GABA, sérotonine, noradrénaline). C'est d'autant moins étonnant que ce sont souvent les mêmes circuits ou zones cérébrales qui sont impliqués dans les troubles addictifs et/ou psychiatriques (circuits de la récompense, fonctions exécutives et contrôle inhibiteur, stress/émotions).

→ **ci-contre p.47 :**
Les 3 stades du cycle de l'addiction,
les principales zones cérébrales impliquées,
les stratégies thérapeutiques correspondantes
avec les principales cibles pharmacologiques
potentielles (selon Koob, Le Moal, Volkow, 2018)

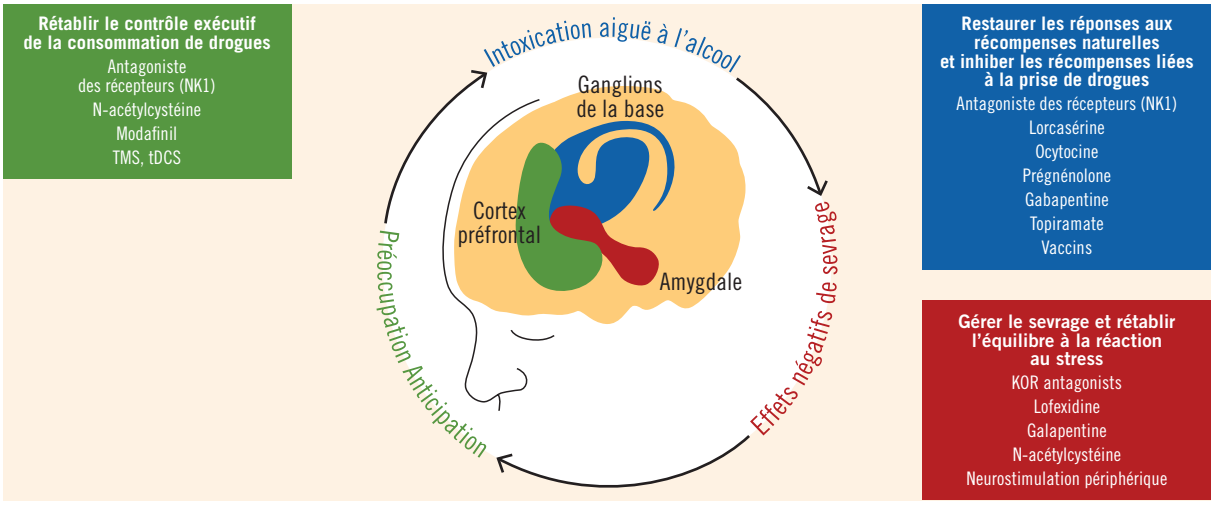
→ **Dr Jean-Michel Delile**
Psychiatre et Directeur CEID-Addictions
Président de la Fédération Addiction

72. Kelly, T.M. and D.C. Daley, Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. Social Work in Public Health, 2013. 28(3-4): p. 388-406

73. Hien, D.A., et al., Do Treatment Improvements in PTSD Severity Affect Substance Use Outcomes? A Secondary Analysis From a Randomized Clinical Trial in NIDA's Clinical Trials Network. American Journal of Psychiatry, 2009. 167(1): p. 95-101

74. Helen M. Pettinati, et al., A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Combining Sertraline and Naltrexone for Treating Co-Occurring Depression and Alcohol Dependence. American Journal of Psychiatry, 2010. 167(6): p. 668-675

75. Nora D. Volkow and Maureen Boyle, Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. American Journal of Psychiatry, 2018. 175(8): p. 729-740



4. Les approches psychothérapiques communes

L'ambition de ce rapport n'est évidemment pas de faire le tour des psychothérapies proposables dans le contexte des pathologies duelles. Si la littérature scientifique a tenté, en particulier dans les années 2005-2010, de faire émerger des pratiques psychothérapiques efficientes, à travers l'analyse des études les plus sérieuses sur le sujet, peu de pistes spécifiques indiscutables ont été dégagées[76]. Seules des tendances générales mais pour autant non négligeables émergent : les soins psychothérapiques intégrés semblent plus efficaces que des soins séquentiels (sauf en cas de trouble psychiatrique aigu) mais pas forcément mieux que des soins coordonnés. Les thérapies cognitivo comportementales (TCC) sont efficaces en particulier de type Acceptation et Engagement et management des contingences… Ce qui est peut-être le plus intéressant dans ces données sont les preuves de la pertinence d'un accompagnement résidentiel communautaire au long cours (résidence santé, domicile avec équipe mobile...) permettant aux patients souffrant de pathologies duelles de vivre dans un lieu de vie protégeant, mais tolérant des consommations, étayé par des interventions d'équipes soignantes (infirmiers…) et éducatives réalisant à domicile des interventions psychosociales. Un modèle intégratif biopsychosocial s'appuyant sur la réduction des risques auquel on donne du temps…. Ça marche !

Nous ne déclinerons ici pas les différentes psychothérapies pouvant être utilisées, mais nous citerons les trois principales stratégies d'accompagnement communes qui selon les professionnels que nous avons rencontrés (du champ de la psychiatrie et de l'addictologie) devraient être très largement utilisables dans le cadre des pathologies duelles et permettraient de dépasser les prises en soin clivées : les groupes de médiation, les entretiens motivationnels et la psychoéducation ou éducation thérapeutique. Nous en rappelons ici les grandes lignes.

Les groupes de médiation

Les groupes de médiation consistent à créer des groupes de parole d'une dizaine de patients/usagers autour d'ateliers choisis avec eux. L'objectif est de rompre avec l'isolement en relançant une démarche d'activité, en permettant de recréer un réseau social, de travailler à un mieux-être et à une plus grande mobilisation pour une meilleure observance des démarches de soin.

Les groupes de médiation peuvent être réappropriés aussi bien par les professionnels du champ de l'addictologie que de la psychiatrie. L'objectif de l'action est triple :

1. **Socialement,** l'objectif est de permettre aux personnes de se rencontrer, de participer à des activités et donc de favoriser et d'encourager une resocialisation (relations, reprise d'activités).
2. **Psychologiquement,** le groupe permet une prise en compte de la pathologie du patient/usager, de son état psychologique, émotionnel et social. Le travail thérapeutique en groupe va consister à accompagner vers la prise de parole et l'échange. Les ateliers ont également pour vocation de travailler sur la revalorisation de soi.
3. **Médicalement,** le groupe a également pour objectifs de permettre une revalorisation du soin, mais également d'encourager vers une meilleure adhésion aux soins. Ainsi, d'un point de vue médical, une meilleure observance devrait être effective.

Les entretiens motivationnels

L'entretien motivationnel (EM), développé au cours des années 80 se définit comme une approche relationnelle guidée et centrée sur l'usager/patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement. Il s'agit

76. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review J Adv Nurs. 2009 Feb;65(2):238-58).

d'un moyen de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.[77]
Résolument « centrée sur l'usager », cette méthode se déroule dans une atmosphère d'acceptation de la personne, de sa perception et de son libre choix. Les attitudes du professionnel consistent en une exploration empathique et valorisante de l'ambivalence de la personne face au changement en évitant la confrontation et la persuasion. Il s'agit donc essentiellement de travailler selon l'objectif propre du patient et de proposer un accompagnement individualisé afin de permettre au patient d'être acteur de son soin. L'entretien motivationnel se déploie dans la mise en œuvre de principes tels que :

- **Le partenariat :** l'EM est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine et la personne, experte de sa propre situation.
- **Le non-jugement** qui consiste à reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et de son potentiel, de manifester une empathie approfondie pour le point de vue de l'autre et de valoriser ses capacités et ses efforts.
- **L'altruisme :** l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée.
- **L'évocation :** l'intervenant qui pratique l'EM considère que la personne a en elle les ressources pour changer et son rôle est de l'aider à les faire émerger.

La psychoéducation ou éducation thérapeutique

La psychoéducation, ou éducation thérapeutique, fait partie des recommandations internationales en ce qui concerne la prévention des risques et des rechutes, et l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des patients. Elle a pour but de donner des moyens aux patients d'être actifs dans le processus de soin et de prise en charge de la maladie. Cet outil thérapeutique offre des informations et un soutien pour les personnes vivant avec des conduites addictives et/ou de problématiques psychiatriques. Il permet d'offrir (à l'usager/patient et à son entourage) toutes les informations nécessaires à une bonne connaissance de la pathologie, des différents traitements et des enjeux de l'observance thérapeutique. Une prise de conscience et une augmentation des connaissances pour favoriser l'*empowerment,* le pouvoir d'agir, afin d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des personnes accompagnées. L'éducation thérapeutique donne les moyens à la personne accompagnée d'être en mesure de :

- Mieux comprendre sa problématique
- Connaître les bénéfices et effets secondaires de ses traitements
- Connaître les mesures préventives à adopter
- Reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate
- Résoudre les difficultés au quotidien

Les preuves se sont donc accumulées qui confirment l'efficacité de l'approche biopsychosociale, intégrée, et sa supériorité par rapport aux approches segmentées. Cela impose aux opérateurs d'inscrire leur propre intervention, médicamenteuse ou psychosociale, à orientation plutôt addictologique ou plutôt psychiatrique ou encore de réduction des risques et des dommages[78], dans un dispositif intégratif où, quelle que soit la porte ouverte par le sujet, elle pourra donner accès à l'ensemble des services selon les principes du « *no wrong door* »[79].

Les capacités d'un établissement à mettre en œuvre l'ensemble des traitements utiles à l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction et de troubles psychiques, de manière simplifiée et accessible, si possible sur place et en tout cas de manière parfaitement coordonnée, est un élément-clef de la qualité des interventions. C'est aux institutions, pas aux patients, d'assurer une coordination optimale des soins, l'intégration étant l'idéal car elle permet un accès facilité à l'ensemble des services quel que soit celui recherché par la personne au départ. Cette approche doit également s'étendre aux médicaments somatiques essentiels dans le domaine des addictions. C'est le cas par exemple des nouveaux antiviraux contre l'hépatite C dont nous demandions dans la même logique que l'ensemble des médecins, notamment ceux exerçant en CSAPA/CAARUD, pût en devenir prescripteur et non plus exclusivement des stpécialistes hospitaliers[80].
C'est grâce à cette dynamique intégrative que l'approche globale, biopsychosociale, pourra quitter le seul domaine de la théorie pour entrer dans celui des pratiques, au plus grand bénéfice des patients, comme l'indiquent fort bien les différentes expériences relatées dans ce guide. Chacune ouvre des pistes indiquant comment, en fonction de la réalité souvent tendue des ressources humaines et institutionnelles disponibles, il est possible de trouver des modalités de coopération toujours plus intégrées et donc efficaces.
« No wrong door! Any door is the right door! » Chaque porte doit être la bonne !

77. Miller W.R., Rollnick S., L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier D., Michaud P., Paris, InterEditions, 2013, pp.12

78. Delile, J.-M., En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'inscrire dans les stratégies de prévention et de soins et les améliorer dans tous les domaines des addictions ? Alcoologie et Addictologie, 2017. 39(3): p. 246-265

79. Bertrand, K., K. Alunni-Mennichini, and V. Aubut, Revue de littérature concernant le principe de «no wrong door» pour les adultes aux prises avec une consommation problématique d'alcool et de drogues. Faits saillants. 2015, AIDQ: Montréal

80. Delile, J.-M., et al., Hepatitis C virus prevention and care for drug injectors: the French approach. Hepatology, medicine and policy, 2018. 3(7): p. 1-9.

2. DES APPROCHES DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES

2.1 PATHOLOGIES DUELLES CHEZ LES JEUNES

Des enjeux communs à des problématiques spécifiques

Les liens entre conduites addictives et pathologies psychiatriques infanto-juvéniles sont multiples, à l'image de ce que ce document aborde : est-ce l'usage et ses abus qui ont conduit à exprimer un trouble psychique ? Est-ce la problématique psychiatrique qui a conduit à l'usage ? La question du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une parfaite illustration de ce risque. Ce trouble cognitif se manifeste généralement pendant l'enfance. Ces symptômes sont essentiellement comportementaux (impulsivité, manque de patience, distraction, agitation…) et sont fréquemment repérés en milieu scolaire. Le TDAH va être souvent associé à l'usage de cannabis, par l'effet tranquillisant « auto-thérapeutique » que les adolescents y trouvent, certains en faisant une possible indication pour le cannabis thérapeutique. L'association TDAH/cannabis invite à la questionner systématiquement lors de la consultation suspectée de TDAH.

Pour autant, certains enjeux sont bien spécifiques à l'adolescence. En premier, c'est entre la fin du collège et le début du lycée que se joue l'essentiel de la rencontre entre le futur adulte et les objets d'addiction. Prise d'autonomie sociale, transformation pubertaire, maturation cérébrale décalée y contribuent, dans un contexte culturellement addictogène. L'entrée dans l'âge adulte est aussi une période importante dans la révélation de pathologies psychiatriques, les états prépsychotiques, les troubles alimentaires et ou la dépressivité de l'adolescence seront d'autant plus problématiques qu'ils croiseront des usages d'objets d'addiction. Ainsi dans cette période, l'expérience d'usage peut venir colmater les souffrances psychiques, les dysfonctionnements familiaux, autant qu'elle peut accentuer les vulnérabilités psychiques et les difficultés de l'autonomisation sociale, le plus souvent dans une illusion de contrôle, de choix de vie. Les réponses seront à construire en tenant compte des spécificités de l'adolescent et du jeune adulte, et des enjeux de santé, notamment vis-à-vis des pathologies psychiatriques.

Un autre enjeu partagé paradoxal est la crainte de « médicaliser » l'adolescent ou le jeune adulte. Cette crainte peut conduire à retarder le diagnostic et le traitement de pathologies naissantes. Mais elle peut aussi laisser place à des usages « auto-thérapeutiques » de substances ou de conduites, licites ou non, vécus comme moins « chimiques ».

Enfin, une dernière difficulté commune est celle de pouvoir rencontrer un adolescent qui ne vient que rarement demander, notamment spontanément, une aide médicale qu'il ressent trop souvent comme inutile, ou inadaptée. Or peu importe la porte d'entrée, si elle permet un parcours de soin coordonné et cohérent, adapté aux troubles, à la personne concernée et à la phase évolutive.

Psychose et addiction, plus on traite tôt meilleur est le pronostic pour retarder l'âge du premier usage

Dans une vision diachronique, il y a une convergence d'objectifs entre retarder la première expérience d'usage et éviter le déclenchement précoce de la problématique psychotique. Cela nécessite de partager une clinique des prodromes, associant des indicateurs précoces, souvent non spécifiques, (retrait social, détérioration du fonctionnement, humeur dépressive, diminution de la concentration et de la motivation, troubles du sommeil, anxiété, méfiance) et des indicateurs tardifs, sortes de symptômes débutants, sous forme encore atténuée (comportement étrange, diminution de l'hygiène personnelle, affect inapproprié, discours vague ou trop élaboré, discours circonstanciel, croyances bizarres ou pensées magiques, expériences perceptives inhabituelles).

Cette clinique commune du repérage est d'autant plus nécessaire que les troubles psychiatriques et les

conduites addictives s'entremêlent : les troubles psychiatriques peuvent précéder la consommation de cannabis. Elle survient alors dans une logique « d'automédication » faussement apaisante. Mais ils peuvent aussi être induits par cette consommation, induisant dépression et autres épisodes anxieux, ou encore être bidirectionnels ou favorisés par des facteurs communs, notamment des troubles de la personnalité, de l'impulsivité etc… En réponse à ces liens multiples, l'intervention précoce permet, dans les deux domaines, d'intervenir sur fond de vulnérabilité, lors de la phase des prodromes, et avant la transition à la phase active pour la psychose, ou la chronicisation de l'usage pour l'addiction. Pour ne pas perdre son efficience, cette approche, qui intègre la notion de repérage, ne doit pas s'y limiter, mais bien proposer une action globale et diversifiée, en suscitant les ressources des familles et des personnes concernées, structurée par le case-management.

L'évaluation sera donc importante, tout à la fois spécialisée et multidisciplinaire. Elle encourage et nécessite les partenariats, et pointe le nécessaire renforcement des moyens d'une pédopsychiatrie ouverte à ces acteurs de l'Intervention Précoce, à l'image de l'action menée sur tout le territoire par le réseau des Maisons des Adolescents.

La mise en œuvre d'une proposition de soins, en fonction de l'évaluation, participera souvent de la même logique multidisciplinaire, associant les acteurs dans leur diversité, et pragmatique : on soigne ce que l'on voit, ce qui est exprimé. Il s'agit d'empêcher les facteurs précipitants, de renforcer les motivations à changer ses usages ; d'aider à gérer le stress ressenti ; d'accompagner les difficultés scolaires, familiales, cognitives et d'éviter les complications sous forme de suicide, d'entrée dans la dépression, de trouble des conduites.

L'intervention médico-sociale précoce pour les jeunes présentant un double diagnostic de troubles psychiques émergents et d'usage problématique de toxiques.

Améliorer les capacités d'adaptation à la vie quotidienne, par une autonomie suffisante, apparait comme un objectif clé de l'intervention médico-sociale précoce pour accompagner rapidement et efficacement vers le rétablissement des jeunes présentant un double diagnostic de troubles psychiques émergents et d'usage problématique de toxiques. Néanmoins, l'hétérogénéité des pratiques, le cloisonnement de certaines structures, leur faible visibilité ou leur délicate synchronisation sur un territoire de santé donné, reposent sur l'optimisation de la communication entre les acteurs ; en vue de favoriser l'obtention de résultats de qualité, à la fois efficaces et efficients (Laforcade, 2016)[81]. En intégrant ces dimensions organisationnelles innovantes de coordination, d'intégration des métiers clés, de case management et d'empowerment, le SAMSAH Prépsy a développé de nouveaux modèles, pluri-partenariaux, visant à mieux répondre aux besoins exprimés et non exprimés de ce jeune public tout en prévenant des ruptures de parcours préjudiciables (Gozlan, 2018).

Troubles alimentaires, ouvrir la focale pour mieux inclure

Les troubles des conduites alimentaires sont une autre facette des interactions pouvant s'entremêler à l'adolescence entre mal-être psychique, lutte contre un effondrement dépressif et organisation d'une conduite répétitive allant jusqu'à envahir le quotidien. Le plus souvent, ce sont des jeunes filles qui sont concernées.

Si l'anorexie mentale présente historiquement et culturellement une habitude à être prise en charge dans les champs pédopsychiatriques et psychiatriques, il n'en va pas de même pour les conduites boulimiques et hyperphagiques, longtemps oubliées ou uniquement accompagnées, quand elles le sont, sur le versant somatique.

La conceptualisation addictologique de ces troubles, de plus en plus partagée, permet une approche pluridisciplinaire et un accompagnement centrés sur la conduite tout en étant particulièrement attentifs aux aspects somatiques, tant étiologiques qu'aux conséquences.

Sans dénier la part psychiatrique de ces troubles, il s'agit de proposer de les rencontrer d'abord sur la partie qui peut prendre sens pour les patients et leur famille. La place des nutritionnistes et des diététiciens doit être soulignée dans cette fonction d'écoute, de conseil et de guidance au maintien des repères alimentaires.

Cet accompagnement permet, après un minimum d'apaisement symptomatologique, d'amener à l'intégration de la prise en charge psychologique et psychiatrique favorisant la mise en sens de la problématique. Elle rend alors possible, au décours

81. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

de l'évolution du trouble du comportement alimentaire, le décryptage des étiologies sous-jacentes qui parfois s'y révèlent, qu'il s'agisse d'une évolution psychotique ou d'un trouble bipolaire.
L'intérêt de ces approches concertées réside essentiellement dans la mise en articulation des différents partenaires de soin que ce soit dans les missions d'une prise en charge à un instant « t » ou de la succession des nécessaires phases à la résolution du trouble.

Là encore, il ne s'agit pas de nier la nécessité de prise en charge spécialisée, et de faire porter aux acteurs du premier recours la difficulté de la rencontre. Dans l'esprit de ce qui est présenté dans ce document, il s'agit de bonifier l'expérience acquise par certaines CJC ou MDA sur ces préoccupations partagées, face à un public qui n'est pas spontanément toujours demandeur. La possibilité de parler la difficulté, quelle qu'elle soit, puis d'en faire glisser les niveaux de réponse, contribue à une meilleure inclusion dans l'accompagnement qui reste l'objectif commun.

→ **Jean-Pierre Couteron**
Psychologue clinicien, CSAPA le Trait d'Union
→ **Dr Guy Gozlan**
Psychiatre, Docteur en sciences
des organisations, directeur du SAMSAH Prepsy
→ **Dr Bruno Rocher**
Psychiatre, addictologue, CHU de Nantes

2.2 L'ENJEU DE LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN ADDICTOLOGIE

La prévention du suicide est un enjeu majeur de l'addictologie. L'association entre conduites suicidaires et trouble de l'usage de substances a depuis longtemps été identifiée et reconnue par les intervenants en addictologie et santé mentale[82 83].

C'est en premier lieu l'alcool qui est la substance la plus fréquemment identifiée comme étant à l'origine de comportements suicidaires du fait en particulier de la nature dépressiogène du produit. Toutefois, toutes les substances sont concernées et de plus en plus de données apparaissent sur le cannabis, tout particulièrement chez les jeunes. Les troubles de l'usage opioïdes/benzodiazépines sont également particulièrement redoutables relativement au risque de conduites suicidaires. On estime que 40% des patients consultants pour un problème d'addiction rapporteraient une histoire de geste suicidaire. Le lien entre consommation de substances et suicide est complexe et l'on peut évoquer à la fois des mécanismes neurobiologiques (déplétion sérotoninergique…), psychologiques (introversion, impulsivité, conduites à risque…) et socio-environnementaux (perte d'emploi, rupture familiale…). La présence d'une pathologie mentale pré existante (bipolarité, schizophrénie…), d'un trouble de la personnalité (état limite…) ou d'un traumatisme psychique ont été identifiés logiquement comme des facteurs de risque majeurs[84].

En réalité ces facteurs de risque sont également ceux des personnes sans comportement addictif. La consommation de substance survient souvent dans des contextes d'auto soulagement avec, on le sait, une levée d'inhibition liée à l'intoxication aigue et un renforcement des symptômes suicidaires lié à l'exposition chronique, chez des patients de plus en plus en difficulté pour arrêter le produit. Dans ce contexte, la recherche d'idéation ou d'intention suicidaire doit être systématique dans l'accompagnement des usagers et ceci en particulier chez les

82. Harris EC1, Barraclough B Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry. 1997 Mar; 170:205-28.

83. Delile, J-M., Toxicomanies et suicides. Alcoologie at Addictologie, 2009. 31(1) : p57-62.

84. Yuodelis-Flores C1, Ries RK. Addiction and suicide: A review. Am J Addict. 2015 Mar;24(2):98-104.

sujets jeunes, isolés ou en situation aigue de rupture (perte d'emploi, deuil, séparation…)[85].

Les services d'urgences sont particulièrement concernés par ces situations à la fois dans la gestion des conduites suicidaires accompagnées de consommation de produits (le plus souvent l'alcool) ou bien dans des situations d'intoxications (le plus souvent éthylique mais également d'overdoses opiacés) où l'intentionnalité suicidaire doit être recherchée.
Ainsi aux Urgences du CHU de Clermont Ferrand la recherche systématique d'une intentionnalité suicidaire lors d'une hospitalisation pour intoxication éthylique a conduit à un repérage de conduites suicidaires dans un tiers des cas.

En dehors des situations d'urgence le questionnement des usagers sur la possibilité d'idéations ou d'intentionnalité suicidaire doit faire partie des stratégies d'accompagnement et ce d'autant plus que l'on se retrouve face à des situations à risque énoncées plus haut. Evidemment l'abord de la question du suicide nécessite des intervenants formés. La question est finalement simple mais elle requière une connaissance de la relation à l'autre dans un contexte suicidaire, les conditions de l'évocation, de l'accompagnement de la réponse, de l'étayage de l'évaluation et de l'orientation. Toutes ces « réponses » peuvent être déclinées par des intervenants différents. Ce qui est important, c'est la capacité de pouvoir constituer un noyau d'étayage rapide autour de la personne à risque reposant sur l'entourage, d'autres usagers, des intervenants, des professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie et des services d'urgences en fonction du risque (présence de facteurs de risques en particulier aigus), de l'urgence (prégnance aigue des idées et de l'intention) de la dangerosité (moyens létaux à disposition).

Tout ceci suppose, ici aussi, de l'existence de liens et d'un maillage fort entre ces différents intervenants. Les équipes de psychiatrie, dans ces partenariats, doivent pouvoir former les équipes d'addictologie à la gestion de la crise suicidaire. Plus largement cette question doit faire l'objet d'une campagne spécifique de formation nationale pour les équipes d'addictologie.

→ **Pr Georges Brousse**
Psychiatre, CHU de Clermont-Ferrand

85. Erinoff L, Compton WM, Volkow ND. Drug abuse and suicidal behavior. Drug Alcohol Depend. 2004 Dec 7;76.

2.3 LES TROUBLES COGNITIFS

1. TROUBLES COGNITIFS, CONDUITES ADDICTIVES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les troubles cognitifs sont liés à des altérations du fonctionnement du cerveau et concernent la mémoire, le langage, la capacité d'effectuer certaines actions, la reconnaissance (visuelle, sensitive, auditive) et les fonctions exécutives qui permettent de planifier, d'organiser et d'exécuter des actions. Les troubles cognitifs peuvent également avoir un impact sur les capacités de raisonnement et de jugement et influencer les fonctions émotionnelles.

• Troubles cognitifs et conduites addictives

D'une façon générale, la consommation de produits psychotropes a un impact sur le fonctionnement cognitif. Les modifications transitoires ou les altérations au long cours sont difficilement repérées par les équipes médico-sociales en addictologie.

• Troubles cognitifs et troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques peuvent entraîner également des difficultés importantes sur le plan cognitif (manque de motivation et d'initiative, le retrait social, apathie, insensibilité émotionnelle…) qui se retrouveront dans différentes pathologies mentales telles que schizophrénie, dépression, états de stress post traumatique… Il est important de pouvoir différencier ces atteintes cognitives des atteintes qui seront liées à l'intoxication aiguë ou chronique par des substances.

• Quelle conséquence de l'association des trois troubles ?

En résumé, des troubles cognitifs aigus ou chroniques sont fréquemment associés aux troubles psychiatriques et aux conduites addictives. La difficulté principale réside dans la distinction de la cause de ces troubles cognitifs tant il est difficile de faire la part des choses.

Ces troubles ont également un impact dans la prise en charge des patients puisqu'ils peuvent notamment altérer la conscience de soi et influencer la reconnaissance ou non de son propre trouble. Cette réalité interroge les professionnels sur la pertinence des tests d'auto-évaluation :

comment demander à un usager qui se surévalue ou qui n'a pas conscience de son trouble de s'autoévaluer ? Il est parfois difficile pour l'usager de répondre à certaines questions et certains usagers ne sont d'ailleurs pas en état de répondre aux attentes des professionnels.
Toutefois, l'alliance thérapeutique ainsi que le discours du patient (consommation déclarée...) demeure quoi qu'il en soit des moyens fondamentaux dans la prise en charge des deux troubles.

Les troubles cognitifs peuvent avoir des conséquences invalidantes au quotidien, perturber la prise en charge, et risquer la rupture du contrat de soin s'ils ne sont pas appréhendés en amont. Dans certains cas de troubles cognitifs majeurs (syndrome de Korsakoff), il sera nécessaire d'adapter un parcours de soin spécifique, d'orienter vers une structure spécialisée (soin résidentiel au long cours…), et de proposer un suivi global en lien avec cette structure. Aussi, les troubles cognitifs nécessitent une prise en charge globale (rééquilibrage de l'alimentation, du sommeil, et des capacités physiques et psychique du patient, vitaminothérapie, remédiation…) nécessitant souvent une mise à distance du produit qui est difficile à obtenir du fait de l'état cognitif.

2. DÉPISTER LES TROUBLES ET ÉVALUER LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT

Des outils spécifiques de dépistage ont été élaborés dans le but d'aider les professionnels à réaliser une première évaluation leur permettant ensuite d'orienter si besoin vers un neuropsychologue afin d'affiner les bilans. Ces outils peuvent être utilisés par des professionnels de l'addictologie mais ne sont pas adaptés à toutes les situations.[86]
Aussi, afin de rendre la prise en charge plus accessible de ces troubles il est conseillé de :

1. Se servir d'outils de repérage et d'évaluation simples et efficaces comme les échelles d'évaluation (BEARNI, MoCa…).
2. Connaître le réseau et les partenaires pour orienter vers des équipes spécialisées (hôpitaux, centres de rééducation…).

3. LA REMÉDIATION COGNITIVE

Avant de penser à mettre en place une remédiation cognitive, il serait préférable que le patient soit stabilisé et qu'il ait arrêté ses consommations. L'arrêt de la consommation peut, dans certains cas, permettre à l'usager de récupérer de ses troubles. Toutefois, dans la pratique courante, l'arrêt des consommations est difficile à obtenir, d'autant plus que le patient est poly-usager. Souvent, dans le cadre d'une hospitalisation, on peut obtenir un arrêt de l'alcool (principal pourvoyeur de trouble cognitif) plus difficilement du cannabis et du tabac. Les interventions de remédiation s'adaptent et tiennent compte de ces réalités.

Le travail sur les troubles cognitifs s'intègre à la prise en charge globale du patient où l'on retrouvera tout de l'accompagnement :

- Le bilan de la pathologie addictive par et avec l'usager
- Le dépistage (tests) des troubles cognitifs
- L'élaboration d'un contrat de soin pragmatique
- L'éducation thérapeutique
- La remédiation cognitive et la psychothérapie

La remédiation cognitive est une étape qui va permettre à l'usager de « booster » la récupération de ses fonctions cognitives. Cette technique thérapeutique au long cours a pour objectif de donner les moyens à l'usager de récupérer une qualité de vie satisfaisante, soit en retrouvant la pleine capacité cognitive, soit en lui donnant les moyens de compenser ses déficits. C'est un traitement rééducatif à visée thérapeutique qui permet de restaurer et de développer une fonction cognitive défaillante en proposant des exercices qui répondent à une logique de rééducation. La remédiation cognitive nécessite donc une formation spécifique et est pratiquée par des professionnels psychologues, neuropsychologues, médecins et infirmiers.

86. Les tests de dépistage comme la MoCA : Montreal Cognitive Assessment, ou le BEARNI : Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairments peuvent être utilisés.

2.4 PUBLICS PRÉCAIRES ET ÉLARGISSEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT

Jean Furtos définit l'exclusion en ces termes :

« Sur son versant psychique, la précarité correspond à la vulnérabilité du sujet humain vis à vis de sa dépendance à autrui, sachant que seul il ne peut rien, qu'il a besoin de l'autre, des autres, d'être reconnu comme digne d'exister. Ne pas être reconnu comme digne d'exister dans un groupe humain donné, c'est précisément la définition de l'exclusion, cette forme de damnation sociale. »[87]

1. ÉTAT DES LIEUX

L'usage de drogues et l'exclusion sociale sont fréquemment associés : l'usage de produits psychotropes peut mener l'usager aux marges de la société (isolement, endettement, perte d'emploi, de logement, de lien familial…), tandis que l'exclusion sociale peut être la cause ou un facteur d'aggravation d'utilisation problématique de substances addictives pour tenter de faire face à l'adversité sociale et à la souffrance psychique. À cela s'ajoute la problématique des troubles psychiatriques, souvent intrinsèquement liés et aggravant aussi bien les facteurs d'exclusion que d'addiction dans une triangulation d'interactions délétères : exclusion/trouble mental/addiction.

Les effets négatifs des consommations sur un public précarisé ayant des troubles psychiatriques sont accentués par la moindre accessibilité à des ressources d'aide. Ce public, qui cumule plusieurs problématiques est plus souvent stigmatisé, ce qui renforce l'exclusion.

La précarité, les consommations et le risque de présenter un trouble psychique sont des réalités étroitement liées par des réciprocités :

- Les troubles psychiatriques engendrent des processus d'isolement et d'auto-exclusion.
- Les situations d'exclusion sont source de problèmes de santé et d'accès au droit.
- Les consommations sont souvent des tentatives d'auto soulagement, pour panser le trouble, gérer la situation de mal-être (pour pallier l'ennui, à l'absence de projet de vie, pour supporter les conditions extrêmes de vie dans la rue et dans les accueils d'urgence.)
- Les addictions engendrent également des formes d'exclusion et de marginalisation.
- Il y a donc une forme de cercle vicieux : un trouble entrainant souvent l'autre et créant un risque que ceux-ci s'alimentent mutuellement.

Les professionnels interrogés ont relevé des difficultés à accueillir et à accompagner ces publics. Ils soulignent notamment :

- *La difficulté d'accompagner un public qui n'entre dans aucune catégorie. En effet, ce public se trouve à la fois au centre des préoccupations des dispositifs d'accompagnement, d'hébergement, médico-sociaux et sanitaires mais demeure à la marge du fait de la difficulté de sa prise en charge*
- *Un public en situation de précarité qui cumule une souffrance psychique souvent liée à l'expérience de la rue et des comorbidités multiples (psychiatriques et somatiques) dont les consommations de produits augmentent l'isolement et la fragilité.*
- *La difficulté d'accroche dans l'accompagnement d'un public qui tourne beaucoup entre l'hospitalisation, la rue et la prison. Une réalité qui constitue un obstacle dans le suivi de la personne et qui engendre des parcours de soins souvent fragmentés.*

La problématique de l'accueil et de l'accompagnement est plurielle. Elle questionne des facteurs de temporalités de la personne accueillie, de la prise en charge et de celle du fonctionnement des différentes institutions. Ceci est particulièrement exacerbé chez les personnes en situation de précarité, en particulier lors de la gestion de l'urgence qui concerne aussi bien celle du produit, de la problématique psychiatrique et de l'hébergement.

2. SPÉCIFICITÉ DE CE PUBLIC

Les personnes en situation de grande précarité recouvrent des réalités diverses. Certaines vivent depuis des dizaines d'années dans la rue, certaines cherchent à accéder à un logement tandis que d'autres sont dans une logique d'auto-exclusion et de désaffiliation. Ce public se trouve parfois dans ces trois situations en même temps, ce qui rend la demande encore plus ambivalente et la réponse encore plus complexe. Les besoins de santé semblent également de plus en plus complexes si l'on prend en compte le cumul des problématiques : psychiatriques, somatiques, psychosociales, et de consommations.

87. Jean Furtos. « Qu'est-ce qui fait souffrir ?». Revue Quart Monde, N°184 - La santé pour tous : pour quand ? Année 2002

3. SPÉCIFICITÉ DES LIEUX D'ACCUEIL

Ces publics remettent en question les cadres institutionnels. Ils imposent aux intervenants de savoir s'adapter et d'adopter une grande flexibilité. Ils se retrouvent souvent réorientés d'une structure à l'autre, circulant entre différentes offres de soins sanitaires ou médicosociales et d'accompagnements sociaux. Cela contribue à une succession de ruptures dans un parcours de soin et d'insertion qui finit par relever davantage de l'exclusion que du soin.

Les fréquentes tensions et les priorités de prise en charge appréciées de manière différentes (entre les services) selon les professionnels sont dues au fait que ces problématiques complexes nécessitent des réponses plurielles qu'aucun des acteurs ne possède en totalité.

• Services médico-sociaux d'addictologie : CSAPA / CAARUD

Depuis de nombreuses années, les différents dispositifs spécialisés en addictologie accueillent et accompagnent des personnes dont la problématique est fréquemment marquée par la grande précarité. C'est le cas de nombreux CSAPA et CAARUD qui se retrouvent confrontés aux questions de l'exclusion sociale et de la souffrance psychique et psychiatrique. La demande de ce public dépasse souvent le domaine de l'addiction et se niche dans une demande plurielle, notamment sociale (domiciliation, hébergement, accès aux droits et accompagnement à l'emploi). Ces domaines d'intervention relèvent des missions des CSAPA et des CAARUD lorsqu'ils accompagnent une problématique addictive initiale, ce qui n'est pas toujours le cas.

• Centres d'hébergement, CHRS et maisons relais

D'autres institutions se retrouvent confrontées à des publics dont les problématiques dépassent souvent la spécialisation de la structure. C'est le cas des CHRS ou des maisons relais qui accueillent de plus en plus des personnes en souffrance psychique et en demande de soins psychiatriques. Celles-ci sont parfois dans le déni et en refus de soins, ce qui rend la situation encore plus complexe pour les structures. Les consommations de produits pouvant être un moyen de compenser les troubles, cela nécessite d'adapter les règles de fonctionnement des structures pour s'adapter à la réalité de la personne.
C'est le cas du **CHRS La Chardonnière** à Lyon qui, face à la réalité des consommations, a décidé de se faire aider d'un CSAPA pour mettre en place des consommations accompagnées dans l'enceinte de l'établissement. Les personnes peuvent donc boire dans un espace précis, durant des temps limités et avec la présence d'un professionnel du dispositif. C'est une expérience nouvelle qui pour le moment a été très positive et paraît prometteuse.
Le **CHRS Le Hameau** a mis en place un fonctionnement similaire. C'est un habitat solidaire créé par l'Armée du Salut à Marseille en 2009. Le village accueille des personnes en grande difficulté sociale et vivant à la rue depuis de nombreuses années. Il est constitué d'habitations individuelles et indépendantes les unes des autres (chalets), ce qui contribue au mieux-être des personnes, « prenant et accueillant les personnes comme elles sont, avec leurs difficultés, leurs troubles et leurs consommations. »

• Centres médico-psychologiques (CMP) et urgences psychiatriques

Les centres médico-psychologiques (CMP) et les urgences psychiatriques sont également confrontés à l'accueil des personnes cumulant grande précarité et troubles en lien avec des addictions (manque, sevrage, intoxication aiguës…) en demande de prise en charge urgente. Elles confondent parfois lieu de soin et lieu d'hébergement, ce qui accroit la pression sur les services d'urgences psychiatriques et d'hospitalisation (manque de lits) dans un contexte de restriction budgétaire et de démographie médicale peu favorable (manque de psychiatres).
Afin de travailler ces problématiques et d'enclencher un décloisonnement des pratiques, le **CMP Henri Audême,** organise des réunions avec les partenaires concernés (CSAPA, CAARUD, équipe mobile hospitalière et EMPP de l'hôpital psychiatrique). Le travail est axé sur l'amélioration du panel de soin proposé et sur la fluidité du parcours de santé de l'usager, notamment à travers l'utilisation d'un outil commun de données partagées.

• Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et équipes de liaison en psychiatrie (ELP)

Les équipes de liaison (ELP) interviennent au sein des établissements et réalisent souvent des évaluations addictologiques dont beaucoup concernent des publics en situation de grande précarité. Ces équipes permettent l'accompagnement des patients hors les murs et font le lien avec des structures sociales et médico-sociales. Leurs missions consistent, entres autres, à repérer les pathologies addictives, somatiques et les problématiques liées à la précarité. Elles sont donc souvent sollicitées pour des situations complexes.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) interviennent en proximité dans la rue et dans les centres d'hébergement. Elles font le lien avec les CSAPA, les CAARUD et les CMP et viennent en soutien aux acteurs de première

ligne. Leurs missions consistent notamment à aller à la rencontre des publics, créer du lien avec ceux-ci, et dépister les comorbidités addictives associées à la psychiatrie.
Pour développer la coordination entre les professionnels **l'équipe mobile psychiatrie du CH de Valenciennes** a déployé, en partenariat avec d'autres structures, une pluralité d'actions : des maraudes en équipe pluridisciplinaire accompagnées d'un travailleur social membre d'une association partenaire, des permanences de santé dans les structures partenaires (CHRS), des ateliers en collaboration avec un infirmier rattaché au CSAPA. Ces différentes actions, couplées d'une grande mobilité des équipes, permettent une meilleure coordination entre les professionnels et un meilleur accompagnement des publics.

• Accompagnement des personnes détenues

Le milieu pénitentiaire est aussi concerné par ces publics qui cumulent les problématiques : le passage à l'acte est souvent le seul moyen pour la personne en difficulté de se mettre à l'abri et d'avoir un accès au soin.
À l'inverse, l'incarcération peut entrainer une rupture dans le parcours de soin d'un usager. La non-communication entre les équipes sanitaires, sociales et pénitentiaires sont autant de freins au travail de relai du suivi au moment de l'incarcération et de préparation à la sortie et, donc, à une continuité cohérente d'accompagnement.
Le **CSAPA Le Belem** est une structure médico-sociale implantée à la Maison d'Arrêt de Dijon qui a mis en place un protocole pour faciliter le parcours de soin en addictologie d'une personne détenue. Dans un premier temps, ce protocole d'accueil permet de faire le lien entre la structure pénitentiaire puis les intervenants généralistes, psychiatriques, addictologiques. Dans un deuxième temps, à la sortie de la personne détenue, le CSAPA assure également le relai de la prise en charge à l'extérieur afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soin.

4. PISTES D'AMÉLIORATION D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

Des prises en charge intégrées, tenant compte des addictions, des problématiques psychiatriques et sociales, existent sur le territoire et les professionnels de terrain trouvent des moyens pour contourner les difficultés inhérentes à la prise en charge de ce public, on peut citer par exemple :

→ Améliorer l'articulation entre les professionnels

- Travailler en réseau en faisant, par exemple intervenir des partenaires de structures pour entretenir la qualité des relations de confiance entre les professionnels au bénéfice des usagers (éviter les ruptures de soins).
- Organiser des permanences et des rencontres pluri-professionnelles dans les structures proposant une prise en charge plurielle (psychologue, psychiatre, accès à l'interprétariat (pour les exilés), travailleurs sociaux, professionnels du droit…) en organisant par exemple des temps de rencontres collectives.
- Organiser des visites conjointes, en équipe de secteur (psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues cliniciens/équipes d'addictologie) dans les structures d'hébergement (foyer…).
- Faciliter les échanges pour que chacun prenne la mesure du travail, des difficultés et limites de l'autre, en organisant par exemple des temps d'échange sur des cas concrets.
- Inclure un pair aidant dans l'équipe.
- Favoriser les regards croisés et le décloisonnement des pratiques entre les équipes, en développant par exemple, la présence de travailleurs sociaux et d'infirmiers bi-appartenant (CMP, structures d'accueil et d'hébergement et/ou structures d'addictologie.)

◆ CAARUD AXESS (34)

GROUPE SOS

Au CAARUD AXESS un infirmier en psychiatrie[88] est présent toutes les semaines lors de l'accueil collectif. Cette présence donne aux usagers la possibilité de faire un premier lien avec le soin en psychiatrie, dans le CAARUD, identifié comme un lieu d'accueil et non d'intervention. Cela facilite la rencontre avec cette aide, dégagée des représentations associées à l'institution psychiatrique. L'infirmier construit son lien avec les usagers grâce à ces rencontres informelles et progressives. Il reçoit en entretien individuel, impulsés par l'équipe ou pris spontanément suite à une première rencontre, ceux qui ont des difficultés d'accès au soin en psychiatrie. Il soutient l'articulation en organisant, si nécessaire des rendez-vous sur l'UMIPP (Unité Mobile Intersectorielle pour les Populations de Psychiatrie en situation de Précarité) et sur les secteurs de psychiatrie.
L'infirmier accompagne l'équipe et fait des préconisations pour adapter la posture et le mode de communication en fonction des personnalités des usagers. Il est également un recours important en situation de crise, ou par anticipation d'un état qui se dégrade massivement.

88. IDE détaché de l'UMIPPP (Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité), CHU Montpellier, Hôpital Psychiatrique

→ S'adapter à l'usager, aller vers et travailler avec

- **S'adapter à l'usager** et se donner les moyens de travailler autrement en se déplaçant par exemple à domicile ou sur le lieu de vie de la personne afin de garantir une continuité du lien. Cette modalité d'intervention est particulièrement mise en place par les dispositifs mobiles dans la rue (maraudes, équipes mobiles spécialisées en psychiatrie) qui font le lien avec les autres acteurs du champ sanitaire et médico-social. **Ces dispositifs sont des dispositifs pivots dans la prise en charge des publics en situation de précarité cumulant des problématiques sociales, psychiatriques et/ou addictives.**
- **Se faire identifier** par les personnes vivant dans la rue afin d'établir une continuité dans le lien et par les professionnels partenaires afin d'identifier les personnes ressources.
- **Déterminer un référent** ou un garant pour le suivi de proximité des personnes. Ce dernier permettra de capitaliser les informations nécessaires relatives à l'usager et s'assurera de la cohérence de la prise en charge.

◆ Aux captifs la libération : le projet « Maquéro » (75)

Le projet est parti du constat qu'en dehors des maraudes, un dispositif spécifique, pluridisciplinaire et décloisonné était nécessaire pour l'accompagnement. Des personnes en situation de grande exclusion, rencontrant des problématiques (addictions, troubles psychiques, pathologies mentales…) et n'exprimant aucune demande d'aide particulière. L'équipe cherche avant tout à être le plus souple possible et d'une grande disponibilité avec ce public. Il s'agit avant tout de créer un lien grâce au travail de proximité, par la fidélité et la récurrence des passages et des maraudes.
Financements et soutiens : La Mairie de Paris, ARS, DRIHL, SNCF.
Équipe : un binôme composé d'un travailleur social et d'une infirmière de secteur psychiatrique.

Aux captifs la libération a également créé **l'Espace Solidarité Insertion (ESI)** qui accueille toutes les personnes en situation de précarité et de très grande exclusion.
Outre son statut d'accueil et d'écoute, l'ESI est en lien avec toutes les maraudes et fait un travail de liaison entre les gens de la rue et les partenaires.

→ Faire le lien avec les dispositifs d'hébergement d'urgence, les maisons relais et de réinsertion

Les démarches d'hébergement précèdent souvent l'accès au logement. L'hébergement permet d'ouvrir une porte au logement de droit commun en initiant des démarches avec les professionnels des dispositifs. L'hébergement peut être plus ou moins temporaire, dépendant des institutions ou du projet social et de soin (CHRS, AT, ACT…).

De nombreux dispositifs d'hébergement existent sur le territoire et peuvent être, ou non, à vocation sanitaire :

- **Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)** réalise une mise en réseau des différents dispositifs d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accès au logement de droit commun. Dans certains départements (13), le SIAO, en partenariat avec des bailleurs sociaux, a mis en place des commissions ADL (Accès Direct au Logement), qui regroupent des intervenants de champs divers (social, addictologie, sanitaire) et qui permettent à ces derniers d'orienter directement sur des logements des personnes en situation de grande précarité.
- Des lieux d'hébergement d'urgence adossés à des structures médicosociales d'addictologie tels que les **Sleep-In** (CSAPA-75, CAARUD-13) sont des dispositifs accueillant des personnes en grande vulnérabilité sociale avec des problématiques addictives. Ce sont des hébergements d'urgence qui proposent des consultations médico-psychologiques et sociales.
- **Les Lits Halte Soin Santé (LHSS)** sont des dispositifs d'accueil et d'hébergement de personnes précaires sans domicile fixe. L'équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes, infirmiers, aide-soignant, assistante sociale...) dispense des soins médicaux et assure un accompagnement social personnalisé.
- **Les Lits d'Accueil médicalisés (LAM)** s'adresse aux personnes sans domicile fixe ayant des pathologies lourdes et chroniques. L'équipe dispense des soins médicaux, propose une aide à la vie quotidienne et met en place un accompagnement social.

→ Encourager l'accès au logement : un point de départ à l'accompagnement

Selon le Ministère de la cohésion des territoires, le logement d'abord est « une méthode pour sortir les personnes de la rue et qui a pour objectif de développer une offre de solution adaptée en leur facilitant l'accès à de véritables logements »

Le logement d'abord c'est :

- Une condition préalable, un droit commun et nécessaire à l'insertion des personnes de la rue.
- Construire des propositions concrètes pour que le logement apporte une amélioration dans la vie des personnes en situation d'exclusion.
- Considérer que la mise à l'abri est essentielle et primordiale
- Proposer un logement adapté aux besoins spécifiques

La loi DALO (droit au logement opposable) de 2007 est un appui à la politique du logement d'abord et permet aux personnes mal-logées de faire valoir leur droit à un logement décent.[89]

◆ Un chez soi d'abord : un programme sur mesure

Le programme s'inspire du modèle américain « Housing first ». Il propose un logement aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et en situation de grande précarité, souvent usagers de substances psychoactives, sans condition préalable de traitement et d'abstinence. L'hébergement est couplé à un accompagnement soutenu par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire et de travailleurs de santé pairs. Expérimenté à partir de 2011 en France dans quatre villes et ayant démontré son efficacité sur la santé mentale, le bien-être et la réinsertion sociale, il est en cours de généralisation sous forme d'appartements de coordination thérapeutique spécifique (ACT).[90]

Impulsé par le droit au logement, et la loi DALO, Un chez soi d'abord est un programme qui permet d'apporter une réponse à la vulnérabilité et la précarité de la personne en respectant ses choix et en adaptant l'accompagnement à la personne.

Le temps de logement est un atout essentiel qui permet d'aller vers une stabilité et une sécurité. C'est une première étape qui permet ensuite d'aborder d'autres problématiques. Le programme Un chez soi d'abord vise d'abord à sortir la personne de son état de vulnérabilité et dans un deuxième temps à aborder la question du rétablissement.
La question d'habiter devient donc un élément central et repérant pour la personne, qui aura le choix de se référer à cet espace qui lui est dédié pour construire sa réhabilitation au sein de la société.

Les critères d'admission sont :

- Être sans-abri ou sans-logement au moment de l'intégration
- Présenter un trouble psychiatrique sévère
- Présenter des besoins élevés
- Être en demande d'intégrer le dispositif et d'être logé[91]
- Être éligible pour avoir des papiers de citoyenneté.

Un chez soi d'abord et les conduites addictives :

Si le logement est tout d'abord ouvert aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, les conduites addictives sont, comme nous l'avons évoqué, fréquemment co-occurrentes. Les questions des consommations ou des conduites addictives sont prises en compte et ne sont ni un frein à l'admission ni au maintien au logement. Le décret de création des ACT « un chez soi d'abord » prévoit d'ailleurs que le GCSMS gérant l'ACT inclue un CSAPA ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.
Par ailleurs, il n'y a pas de limitation dans la durée de prise en charge, ce qui facilite les premiers contacts et l'alliance thérapeutique. L'équipe propose un accompagnement adapté et qui se fait au pas à pas avec la personne autant que besoin.
Un exemple d'intégration des approches est la constitution de GCSMS associant organisme d'hébergement social, CH psychiatrique et CSAPA. On peut également citer l'exemple de Bordeaux : le GCMS 'Un chez soi d'abord' a été créé avec une équipe intégrée, composée de professionnels sociaux, psychiatres et addictologues.

89. Pour aller plus loin : consulter le texte de la loi DALO n°2007-290 sur legifrance.gouv.fr

90. Décret no 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »

91. Selon le cahier des charges national « Un Chez-soi d'abord » - dihal

→ Le travail comme point de départ possible à l'accompagnement pour des jeunes de la rue

◆ Le Travail Alternatif avec Paiement à la Journée (TAPAJ) : un accompagnement à l'emploi

TAPAJ est un dispositif d'insertion spécifique à seuils adaptés permettant à des jeunes en errance, à la rue, d'être rémunérés en fin de journée en argent liquide, pour un travail auquel ils peuvent accéder très rapidement sur simple demande et qui ne nécessite ni qualification ou expérience préalable, ni engagement sur la durée.
Il s'agit d'un programme d'emploi « bas-seuil », d'accès immédiat et sans prérequis, qui n'a pas d'équivalence dans les dispositifs sociaux ou médico-sociaux. Le programme promeut un accès inconditionnel au travail, non lié à l'arrêt des consommations.

TAPAJ apporte ainsi une réponse adaptée à des jeunes en errance très éloigné des dispositifs de droit commun, engendrant des bénéfices ne se limitant pas au domaine du travail :

- 48% de jeunes « tapajeurs » en phase 2 bénéficient d'un logement (contre 14% à l'entrée dans le dispositif)
- 56% bénéficient d'un suivi médical (contre 9% à l'entrée).[92]

Le programme contribue donc à réduire l'insécurité économique de ces jeunes et soutient les capacités liées au travail dans une réelle dynamique d'*empowerment* et de pouvoir d'agir.[93]

Ainsi, développer des approches en s'appuyant sur le logement ou le travail, formes « d'acting first » plutôt que de placer ces derniers comme des finalités de l'accompagnement permet en répondant à l'attente première des usagers (un travail, un logement…), de favoriser leur inscription dans un projet global de soins, y compris psychiatriques, à l'égard desquels ils étaient à priori indifférents voire même hostiles, mais aussi d'améliorer l'efficacité des soins psychiatriques quand ils étaient déjà engagés.

http://tapaj.org

92. Delile, J-M et al. TAPAJ-Travail alternatif avec paiement à la journée, un contigency management à la française ? Alcoologie et Addictologie. 2008 ; 40 (3) : 252-260

93. Nous verrons d'ailleurs dans le chapitre suivant de quelle manière ce type de programme favorise le rétablissement des personnes.

◆ Perspective : la création d'un dispositif adapté ?

De ces différents éléments, il ressort le besoin de créer un dispositif adapté au public cumulant une grande précarité, des troubles psychiatriques et des polyaddictions. Il y a une clinique à construire dans la transdisciplinarité qui croiserait les compétences. Un même lieu où les trois problématiques seraient couvertes et, à partir duquel une même équipe interviendrait dans la rue et au moment des hospitalisations.

Cette structure innovante et adaptée serait :

- Plus souple et capable de supporter les symptômes extrêmes.
- Composée d'une équipe pluridisciplinaire.
- Flexible et capable de composer et de s'adapter aux besoins des personnes.
- Facilitante et permettant un accueil et un accès plus direct aux institutions psychiatriques.
- Un lieu où l'on sortirait du fantasme de la réinsertion (du modèle classique de réinsertion) systématique.

CHAPITRE 5
DES PRISES EN CHARGE : PARALLÈLES, SÉQUENTIELLES ET INTÉGRÉES

1. Définitions

LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Trois types de prise en charge existent :

- **Séquentielle/coordonnée :** une prise en charge où est traitée l'un des deux troubles en premier jusqu'à sa résolution pour ensuite aborder le second.
- **Parallèle/coordonnée :** une prise en charge simultanée des deux problématiques par une équipe en santé mentale et une équipe en addictologie souvent dans des institutions différentes, travaillant soit indépendamment et séparément, soit de manière coordonnée.
- **Intégrée :** une prise en charge de deux ou plusieurs problématiques par une même équipe.

Un type de prise en charge sera favorisé en fonction :

- Des possibilités d'intervention et d'articulation (souvent indexées sur des réalités géographiques et historiques).
- De la complexité et la sévérité du trouble.
- De la qualité de la communication et de l'interconnaissance des institutions et des personnes.

2. Approches séquentielles/coordonnées et parallèles/coordonnées

- Les constats des professionnels

Un premier travail consiste à identifier les acteurs et institutions avec lesquels il est possible de collaborer pour une offre thérapeutique adaptée. Cette collaboration questionne les résistances que rencontrent la coordination des soins et le travail en réseau du fait de la rigidité des systèmes de soins et du peu d'accords formels mis en place entre les deux champs. La méconnaissance du fonctionnement général de l'autre est à la fois à une cause et une conséquence du manque de confiance réciproque entre les professionnels des deux secteurs. Le manque de transparence sur la situation donnée, souvent lié à la façon de partager (ou non) l'information autour du patient et le manque de coordination sont autant d'écueils à la bonne articulation entre les professionnels de l'addictologie et ceux de la psychiatrie.

Le relationnel est donc un élément fondamental dans la mesure où il permet de mettre un visage sur un nom, un contact personnel plutôt qu'une orientation institutionnelle, de développer une confiance dans les compétences de l'autre et d'entendre les choix ou les prescriptions de l'autre.

Afin de favoriser les relations et déconstruire les représentations, des outils sont déployés par les professionnels pour favoriser une meilleure prise en charge des publics ayant des troubles comorbides. Les professionnels préconisent de :

1. **Améliorer les échanges et les formations**
2. **Faire un bon usage du secret professionnel**
3. **Améliorer les compétences psychiatriques en addictologie**
4. **Travailler avec les dispositifs de liaison et de coordination**
5. **Renforcer les partenariats en s'appuyant sur les outils institutionnels**
6. **Développer des outils innovants favorisant le partenariat**
7. **Améliorer l'articulation en situation de crise**

2.1 AMÉLIORER LES ÉCHANGES ET LES FORMATIONS

L'approche séquentielle/coordonnée se heurte régulièrement à des difficultés de communication et d'interconnaissance, c'est pourquoi il apparaît utile de se doter d'outils et d'actions permettant de surmonter ces difficultés.

1. ÉCHANGER ET ENCOURAGER TOUTES FORMES DE RENCONTRE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE L'ADDICTOLOGIE ET DE LA PSYCHIATRIE

Ces échanges servent notamment à dépasser les représentations entre les services de la santé mentale et de l'addictologie. Il s'agit essentiellement de faire le lien entre les services et entre les professionnels pour que les partenaires des différents réseaux puissent mieux se connaître.

- Inviter, échanger et ouvrir les portes pour se faire connaître

◆ **CAARUD 14 (14)**

Le CAARUD 14 est un CAARUD géré par l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Caen, donc avec des modalités de travail facilitées par des liens de proximité avec les services ressources en psychiatrie.

Le CAARUD organise des portes ouvertes (demi-journées) à l'attention du personnel de l'EPSM dans le but de :

- Faire connaître l'action du CAARUD et ses modalités de fonctionnement

- Rencontrer les équipes hospitalières
- Développer un travail de réseau fonctionnant en extra et en intra hospitalier

Lors de ces journées, l'équipe du CAARUD organise une visite complète en donnant des points de comparaison (et de différences) de leurs modalités d'accueil avec celles d'un CMP. L'équipe du CAARUD explique sa façon de considérer l'accompagnement et ses raisons de parler « d'usager », « d'UD », « de « personne », là où on parle de « patient » à l'hôpital. Il s'agit également de faire de la pédagogie sur le métier de travailleur social en CAARUD, sur la notion d'accueil inconditionnel et sur la dimension de libre adhésion des personnes. Le CAARUD profite également de ces demi-journées pour communiquer sur les actions de prévention et de RDR.

- Proposer des journées d'échanges avec les internes de psychiatrie

Communauté thérapeutique le Cateau (59)

La communauté thérapeutique (CT) du Cateau organise des journées d'échanges de pratiques entre les internes de psychiatrie et la communauté thérapeutique. La proposition aux jeunes professionnels de venir visiter la structure résulte du constat du manque de psychiatres dans la région. Les internes du **CH de Valenciennes** viennent découvrir les dispositifs médico-sociaux pour se familiariser avec les professionnels et construire des liens.

Les objectifs de ces rencontres sont :
- Valoriser l'approche thérapeutique de type communautaire en montrant ce que la structure réussit à offrir aux résidents et montrer son fonctionnement.
- Rapprocher les deux champs d'intervention, notamment en « dédiabolisant » le côté « toxicomane ». D'ailleurs, certains usagers se portent volontaires pour expliquer leur parcours et leurs activités au sein de la CT.
- Construire des liens qui serviront ensuite pour l'amont et l'aval des parcours quand les internes seront en poste.
- Développer, étendre et promouvoir un rapprochement constructif pour les deux secteurs.

2. ENCOURAGER LES ÉCHANGES ET LES FORMATIONS CROISÉES

La formation croisée est une approche utilisée dans le but d'améliorer le fonctionnement des services en réseau et de doter les professionnels de références et d'outils communs, par le biais de formations communes proposées à des professionnels exerçant dans des champs différents. Elle favorise une meilleure compréhension du rôle de chacun pour assurer une continuité entre les services.

Il peut s'agir par exemple :
- **De journées d'échanges de pratiques** réunissant les professionnels des différents services. L'objectif est de faire ressortir les difficultés à une bonne communication pour ensuite trouver des solutions conjointes.
- **De réunions régulières d'intervision clinique** entre équipes psychiatriques et équipes addictologiques. Tous les deux mois, échanges pendant deux heures autour d'une situation clinique où les problématiques psychiatriques et addictologies sont mêlées. Ces discussions cliniques permettent de parler des situations à un niveau plus pragmatique et non général, et ainsi de mettre plus facilement en évidence les pratiques et habitudes de chacun.
- **De l'alternance et de la rotation des professionnels** (d'une demie journée par exemple) entre les différents services. Les professionnels sont appelés à observer le fonctionnement d'une structure, en découvrant la philosophie et la perception de l'autre et ainsi encourager les liens.[94]

94. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal a mis en place un modèle et un programme de formation croisée sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie : http://www.douglas.qc.ca/section/formation-croisee-118

- Formation croisée entre professionnels des addictions et de la santé mentale

◆ CAARUD Aides Finistère (29)

Le CAARUD Aides Finistère a fait une demande auprès de l'ARS Bretagne pour bénéficier d'une formation croisée.
L'objectif initial de la formation était de donner aux salariés et bénévoles les moyens de repérer les symptômes psychiatriques que pourraient présenter les usagers. Les besoins formulés concernaient également une meilleure appréhension et acquisition des notions et des interactions entre les traitements et les substances utilisées.
Une formation interactive a été organisée aussi bien par l'intervenant en psychiatrie (vignettes cliniques) que par les participants (situations concrètes vécues). Cette formation a permis d'accompagner les participants dans leur réflexion afin d'éclairer leur questionnement par un travail interactif et réflexif. La formation a permis de :

- Apporter des réponses concrètes grâce à un travail interactif et réflexif.
- Acquérir une meilleure connaissance des troubles psychiques.
- Proposer de pistes de définitions entre des interactions entre les traitements et les substances utilisées.
- Repenser et adapter son accompagnement aux situations sans forcément faire un diagnostic, c'est-à-dire comment adapter son discours aux personnes accueillies.

- Stages d'immersion

◆ CSAPA Altau Le relais Besançon (25)

Le CSAPA Altau a mis en place des stages de 2 jours (plusieurs fois par an) pour les professionnels afin de découvrir les autres structures.
Ces stages permettent de connaître les partenaires (présentation de la structure, valeurs, manière de travailler).
Chaque service accueillant gère le format et le contenu du stage d'immersion mais il y a un contenu commun fréquemment retrouvé entre les différents participants : la gratuité, le non jugement et le tutoiement des personnes.

- Volonté d'une culture partagée : formation des personnels de la psychiatrie par les personnes d'addictologie

◆ ELSA-Escabelle CHS de Blain (44)

Des formations animées par le personnel de l'équipe d'addictologie de liaison (ELSA) sont organisées à destination des personnels de la psychiatrie (infirmiers, médecins, aides-soignants…).

Plusieurs formations sont mises en place :

- Formations aux conduites addictives : 1 ou 2 sessions de 4 jours par an => psychopathologie, qu'est-ce qu'une addiction, modalités de sevrage, décoder les effets somatiques et psychotropes des substances (pour expliquer les troubles du comportement), prise en compte de l'entourage, posture soignante.
- Tabagisme et psychiatrie : sur 1 journée, travail sur la représentation des soignants, quiz, comorbidités tabagisme/troubles psychiatriques, focus sur la chambre d'isolement où les patients ne peuvent pas fumer, CO testeur, vapotage
- Conduites addictives/ASH (agents de services hospitaliers qualifiés) : le personnel de ménage du centre a besoin d'une info plus simple, car les ASH étaient confrontés à des patients avec des conduites addictives => proposition d'une formation adaptée, temps de recul par rapport à leur activité
- Formation-action directement auprès des équipes sur les addictions : (1h30) : utilisation des substituts nicotiniques, utilisation de dispositifs de recherche de toxiques (urinaire, salivaire) pour améliorer le repérage.
- Formations aux internes : chaque semestre, arrivée de nouveaux internes du CHS en spécialisation de médecine générale ou psychiatrie. Des présentations systématiques sur sevrage alcool et baclofène, sur cannabis et cocaïne (effets des produits, interactions avec les troubles psychiatriques), tabac, benzodiazépines (surprescrites et fréquemment mésusées par les patients), TSO et prise en charge de la douleur d'un patient dépendant aux opiacés. Invitation de tous les médecins seniors pour une remise à jour de leurs connaissances, ouvert aux préparatrices en pharmacie et infirmiers qui le demandent. (5 sessions d'1h30).

3. ADAPTER ET AMÉLIORER LES FORMATIONS DES SOIGNANTS ET DES INTERVENANTS SOCIAUX

• Le constat des professionnels :

Le secteur médico-social en addictologie éprouve des difficultés à recruter des psychiatres. La problématique principale est d'ordre démographique car les psychiatres manquent sur les territoires et notamment en milieu rural. Cette réalité est également due à l'offre de postes à temps partiel, des propositions salariales peu attirantes, une reconnaissance peu claire des missions. Une reconnaissance fragile, elle-aussi très hétérogène, par la psychiatrie hospitalière et à fortiori hospitalo-universitaire.

Par ailleurs, même si les choses évoluent, les études de psychiatrie ne préparent pas ou peu à l'addictologie en dehors des diplômes complémentaires (diplômes universitaires, capacités, diplôme spécialisé complémentaire DESC). Par ailleurs, l'offre de terrains de stage reste hétérogène et globalement encore peu prisée par les internes de psychiatrie. Cependant, il existe des évolutions sur le territoire et des alternatives pour former à l'addictologie.

• Des stages qualifiants d'internes psychiatres en médico-social : un levier possible au décloisonnement

◆ CSAPA de l'APLEAT - ACEP

Le CSAPA propose une formation pratique aux médecins psychiatres stagiaires dans l'objectif d'acquérir des connaissances pratiques et théoriques en addictologie.
Le stagiaire est encadré par le médecin addictologue.

Les objectifs pédagogiques de la formation sont :

Savoir évaluer :

- La demande du patient et/ou de son entourage et proposer une réponse adaptée.
- Et de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises durant la formation du stagiaire.

Savoir-faire :

- L'évaluation médico-psychologique de la dépendance.
- La recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques.
- La proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités.
- La proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, il sera nécessaire d'accompagner le patient vers une structure habilitée à le faire.
- La prise en compte de la santé du patient dans une acception large, approche holistique du patient.

Une formation qui permet également de :

1. Connaître la structure (APLEAT) et se familiariser avec l'organisation des soins ambulatoires et résidentiels du secteur médicosocial en addictologie.
2. Connaître les dispositifs existants dans le cadre des soins et de la prévention.
3. Comprendre la réduction des risques et avoir connaissance du fonctionnement et des missions du CAARUD.

Ces formations ont été mise en en place grâce au CHU de Tours et le Pr N. Ballon PUPH d'addictologie et s'articule avec une convention établie avec le service de gastro-entérologie du CHR d'Orléans qui permet à l'interne d'appréhender la prise en charge hospitalière (alcool principalement) et le travail de liaison.

- Une évolution du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES)

→ La réforme du DES, son implication pour l'addictologie

En 2017 réforme du Diplôme d'Etude Spécialisé en Médecine modifie la formation des médecins à l'Addictologie.

Avant la réforme du DES, les internes de Psychiatrie, d'Hépato-Gastro-Entérologie, de Pneumologie, de Médecine Interne, de Neurologie, de Santé Publique, de Médecine du Travail et de Médecine Générale pouvait accéder au Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC) d'Addictologie et devaient s'inscrire lors de leur quatrième année d'internat. Ils devaient accomplir deux semestres minimums en service d'Addictologie sur la totalité de leur internat et deux semestres minimum dans un service d'Addictologie en tant que senior (PH, Assistant, Médecin contractuel). Sur le plan théorique ils devaient valider 6 modules d'enseignement et soutenir un mémoire à la fin de la 2ème année du DESC.

La réforme du DES aujourd'hui divise la formation des internes en trois phases. D'abord une phase **socle** d'un an, suivie d'une phase d'**approfondissement** de deux ou trois ans selon les DES puis après avoir passé leur doctorat en médecine, une dernière phase d'un ou deux ans selon les DES dite de **consolidation.**

Les internes en DES de Médecine Générale n'ont pour l'instant que 3 ans de formation (un an de phase socle et deux ans de phase d'approfondissement) à l'issue desquels ils soutiennent leur doctorat. L'objectif de cette réforme est clairement d'intégrer dans le cursus de l'interne une progression des connaissances vers les compétences pour leur permettre d'être opérationnels immédiatement à l'issue de leur internat sans devoir attendre un hypothétique poste d'assistant ou de praticien pour parfaire leur formation au moyen d'une formation post-internat. Une étape qui était devenue indispensable pour obtenir certaines spécialisations.

C'est ainsi que le DESC d'Addictologie disparaît au profit de la **Formation Spécialisée Transversale (FST) d'Addictologie** qu'il est recommandé d'effectuer au cours de la phase d'approfondissement conférant ainsi **un an d'internat de plus** consacré exclusivement à des stages en Addictologie.
La formation théorique quant à elle, se fera en e-learning pour la majorité des enseignements sauf un module de plusieurs jours principalement centré sur l'abord thérapeutique et particulièrement psychothérapeutique.
La FST sera délivrée aux internes qui auront validé les stages pratiques, les modules d'enseignement, un examen écrit et un mémoire.
Il n'y a donc plus de stage après l'internat permettant ainsi aux internes qui voudront exercer en tant que médecin addictologue de le faire directement après leur internat sans attendre.
Comme pour le DESC d'Addictologie, la FST n'ouvre pas droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme mais permet d'exercer l'addictologie dans le cadre de la spécialité du DES d'origine (par exemple un double exercice psychiatrie-addictologie).

On est en droit de critiquer cette réduction d'un an mais les universitaires se sont concentrés à faire un programme plus recentré sur la clinique et la thérapeutique prenant en compte la diversité du paysage addictologique français.
En revanche on peut regretter que la phase d'apprentissage en post internat immédiat disparaisse même si on est en droit d'espérer que les plus jeunes intègreront des services dans lesquels les plus anciens continueront de leur prodiguer leur enseignement.

La FST est aujourd'hui accessible à toutes spécialités pourvu que le responsable qui prend connaissance du projet de l'interne y trouve une cohérence dans son exercice futur.
Certains internes en effet ne veulent s'inscrire en FST que dans l'esprit de transversalité, de partage et de rapprochements professionnels qu'elle développe, avec pour objectif d'accroitre leurs connaissances et compétences pour leur exercice propre. D'autres pourront au moyen de ce diplôme transversal exercer en tant qu'Addictologue dans les services ad hoc (ou en libéral) en gardant leur spécialité d'origine.

Il est prévu que la FST devienne la nouvelle voie de formation continue pour des médecins déjà installés (à l'hôpital ou en libéral) mais il est un fait certain qu'il faudra prévoir des aménagements (particulièrement pour les stages).
Cela conduira-t-il à terme à la suppression des capacités d'addictologie ?

→ **Pr Olivier Cottencin**
Université de Lille - CHU de Lille
Service d'Addictologie

2.2 FAIRE UN BON USAGE DU SECRET PROFESSIONNEL

1. DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES AU PARTAGE D'INFORMATION

2016 : L'article 96 de la loi santé redéfinit le champ du secret professionnel qui s'applique aux professionnels de santé ainsi qu'aux établissements des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'article précise qu'un professionnel peut échanger avec d'autres professionnels des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social ou social.[95]

2018 : Le Règlement Général de Protection des Données (RGPD) est une directive européenne obligeant toute entreprise ou administration à respecter certaines règles lorsqu'elle doit traiter des données personnelles. La réforme a pour objectifs de renforcer les droits des personnes, de responsabiliser les acteurs traitant des données et de crédibiliser la régulation.

2018 : Le dossier médical partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui sera généralisé prochainement qui a pour objectif d'améliorer les parcours de soin. Sa conception, sa mise en œuvre et sa gestion sont confiées à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Chaque professionnel doit inscrire dans le DMP :

- L'ensemble des éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins
- Les principaux éléments résumés relatifs au séjour dans un établissement de santé
- Une synthèse annuelle rédigée par le médecin traitant
- Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge[96]

2. LE CONSENTEMENT DE L'USAGER/PATIENT

Dans le cas d'un partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, le partage d'informations requiert le consentement préalable de la personne. Toute information doit être soumise au patient qui a le droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant.

95. « Loi de modernisation de notre système de santé : comprendre et accompagner les principaux changements » ; Fédération Addiction et Fédération Nationale d'Hébergement

96. Ibid

2.3 AMÉLIORER LES COMPÉTENCES PSYCHIATRIQUES EN ADDICTOLOGIE

Rappel : les ressources psychiatriques concernent tous les professionnels (personnes ressources ayant une connaissance de la psychiatrie : infirmier, psychologue, médiateur de santé pairs…). Même si nous allons ici développer cette question du côté de la personne, on pourrait imaginer que cette ressource soit également documentaire ou apportée par le numérique (questionnaires ou tests sur les pathologies duelles…).

1. L'APPORT D'UNE PERSONNE RESSOURCE PSYCHIATRIQUE EN STRUCTURE MÉDICO-SOCIAL D'ADDICTOLOGIE

L'intérêt et la plus-value d'une ressource psychiatrique en médico-social sont multiples, outre la prescription des médicaments psychiatriques (sauf pour un IDE ou un psychologue), elle permet :

Un étayage au niveau du diagnostic

La ressource psychiatrique peut, soit réaliser une consultation de préadmission, qui favorise le repérage d'une problématique psychiatrique, soit effectuer un suivi au long cours, qui permettra d'articuler la prise en charge psychiatrique simultanément avec la réalité de la conduite addictive.

Son apport de connaissances et de pratiques permet alors de cibler le trouble psychiatrique et de le penser conjointement avec la conduite addictive. Ce diagnostic apporte une nouvelle dimension plus concrète et une prise en compte de la pathologie.

Un travail sur la reconnaissance du trouble auprès de l'usager

Son travail prend également sens au niveau de l'usager : il s'agit de faire un travail avec la personne pour qu'elle se rétablisse, et ainsi pouvoir lui proposer une thérapeutique adaptée. La ressource psychiatrique participe à la prise de conscience pour que la personne apprivoise son trouble en dépassant notamment la question de l'identité de la personne « addict ».

Une mise au point des observations et des représentations

La ressource psychiatrique est rassurante dans la mesure où elle permet aux équipes médico-sociales en addictologie de mieux 'tolérer' et de mieux comprendre l'usager ayant des troubles psychiatriques.

Par ailleurs, un professionnel ayant l'expérience de la psychiatrie aide à en dépasser les représentations, souvent réduites à l'enfermement ou la médicalisation. Une ressource psychiatrique qui intervient dans un établissement médico-social a donc, au-delà du rôle d'apport de connaissances et de pratiques, une fonction de reconnaissance d'un champ, d'une clinique et d'un mode de fonctionnement.

Une continuité de suivi en faisant le lien avec les partenaires psychiatriques

La ressource psychiatrique permet de sortir de la dualité et du face à face en diversifiant notamment les ressources et en multipliant les liens. Appartenir à une structure hospitalière, disposer d'un infirmier psychiatrique ou d'un médecin (psychiatre ou non) ou d'un psychologue facilite les liens en rassurant sur la continuité de suivi. En assurant la coordination des soins, elle facilite également les rencontres et la prise en charge au sein d'un réseau avec d'autres associations et structures.

Le constat qui se retrouve sur le territoire national d'une raréfaction des psychiatres nécessite d'apprendre à trouver des solutions concrètes et notamment en cherchant d'autres ressources (infirmières en pratiques avancées, évolutions des pratiques des psychologues cliniciens, télémédecine…).

Les missions et le champ d'action de la ressource psychiatrique varient d'une structure à l'autre, nous pouvons citer par exemple :

• L'intégration d'un médecin psychiatre au sein d'un service d'addictologie

◆ CSAPA Charonne (75)

Au CSAPA Charonne, le Médecin Psychiatre assure l'accès aux soins psychiatriques, la coordination des soins et des actions prévention santé en collaboration avec les membres de l'équipe pour les publics reçus sur le CSAPA : soins spécialisés en addictologie, soins des maladies co-morbides aux usages de substances psychoactives, coordination des soins dans les situations complexes, prévention et RDR…

Ses missions impliquent :

- Assurer une consultation de Médecin Psychiatre à orientation addictologique
- Assurer une consultation psychiatrique visant à l'accès aux soins des pathologies psychiatriques chez les usagers du CSAPA
- Assurer l'accès aux soins des pathologies somatiques chez les usagers du CSAPA
- Adapter les pratiques médicales psychiatriques au centre médico-social avec une équipe pluridisciplinaire
- Apporter son concours à l'établissement des actions d'éducation thérapeutique et de santé
- Relayer les alertes sanitaires
- Assurer la fonction de la propharmacie[97]
- S'impliquer dans le travail institutionnel.

Il exerce également son activité en partenariat :

- En interne avec les professionnels de santé et sociaux de l'établissement et de l'association
- En externe avec les professionnels de santé des établissements de soins et médico-sociaux, des services de prévention, des services hospitaliers et des services de secteurs psychiatriques.

97. Les articles L. 594 et L. 595 du code de la santé publique permettent d'autoriser éventuellement des médecins établis dans des communes dépourvues d'officine à avoir un dépôt de médicaments destinés aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins.

- Des ressources psychiatriques internes à l'association

◆ CTR de Bègles CEID Addiction (33)

L'équipe est composée de deux médecins psychiatres du CEID qui font des consultations et orientent en assurant le suivi des patients. Leur travail permet de proposer un suivi ambulatoire afin qu'il y ait une continuité entre le résidentiel, le parcours de soin et le parcours de vie de l'usager.

Consultation et orientation :
La consultation de préadmission permet d'évaluer l'intensité de l'addiction et du trouble psychiatrique qui n'est pas une contre-indication à l'intégration au CTR. La vigilance est portée sur des patients qui auraient un « trouble psychiatrique déséquilibré » qui risquerait de rendre la vie en collectivité impossible. Un des rôles du psychiatre est donc de vérifier la compatibilité de la vie en CTR.

Outre les psychiatres, le CTR de Bègles peut également compter sur l'infirmière qui a eu une formation en psychiatrie et sur les psychologues qui ont eu des immersions plus ou moins fortes en psychiatrie. Ce sont des ressources sur lesquelles l'équipe peut s'appuyer pour tout ce qui relève du repérage et de l'accompagnement psychothérapeutique au sens large, avec la limite de la prescription.

2. ABORDER LA RESSOURCE PSYCHIATRIQUE AVEC L'USAGER

C'est d'abord et avant tout l'usager qui décide de s'adresser à tel ou tel professionnel. Le rôle de l'équipe médico-sociale en addictologie et du psychiatre est d'aider la personne à appréhender son trouble et de lui proposer de l'accompagner dans sa démarche de soin. Une première étape consiste donc à donner à la personne les moyens de ne pas ignorer un problème de santé en faisant un travail de proximité et de pédagogie.

Présenter la personne ressource en psychiatrie n'est pas toujours aisé dans la mesure où l'usager s'adresse à une structure d'addictologie qu'il n'identifie pas nécessairement à la psychiatrie.
Cependant, l'aspect médical peut faciliter la consultation, ce qui n'est pas le cas par exemple des psychologues avec qui il est parfois plus difficile de proposer un rendez-vous à l'usager.

À la **Croisée AVSEA88,** la double casquette du médecin addictologue-psychiatre facilite l'entrée et la consultation puisqu'il est présenté comme un complément de conseil et d'approche. Par exemple un patient peut demander à voir un psychiatrique justement parce qu'il y a tout un étayage médico-social autour. La dimension « équipe » est soulignée comme étant un véritable soutien pour tous (usager, professionnel, entourage…).

Il y a également un travail de pédagogie à faire sur l'intégration du trouble. En effet, la question de l'identité est importante dans la mesure où la plupart des usagers s'identifient comme « addict ». C'est donc à l'équipe, conjointement avec le psychiatre de participer à une prise de conscience pour que l'usager puisse apprivoiser son trouble.
La corrélation entre le trouble psychique et la conduite addictive n'est pas toujours évidente. Par exemple, le tabac est une addiction difficile à positionner par le psychiatre car moins souvent perçu en corrélation avec un trouble psychique. Le tabac représente d'ailleurs un enjeu majeur de santé tant en addictologie qu'en psychiatrie.

2.4 TRAVAILLER AVEC LES DISPOSITIFS DE LIAISON ET DE COORDINATION

1. LES MISSIONS DES ÉQUIPES DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont des acteurs clés dans la prise en charge des personnes souffrant d'addictions.

Elles ont une place dans la filière hospitalière et ont pour missions de[98] :

- **Former, d'assister et de conseiller les soignants** des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de repérage précoce, de

98. Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive.

- **Intervenir auprès des patients** aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes
- **Aider les équipes soignantes** lors de la réalisation des sevrages, de la mise en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiniques
- **Développer des liens** avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.
- **Préparer la sortie** de l'hospitalisation et orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, médico-social, de la ville, avec l'aide du réseau de santé s'il existe sur le territoire.[99]

2. SPÉCIFICITÉ ET DIVERSITÉ DES ELSA

Les ELSA se confrontent à une **pluralité de dispositifs et de temporalités** qui rendent leurs missions complexes. D'une part les ELSA font de la liaison et interviennent de manière ponctuelle, tout en opérant au sein de services hospitaliers MCO ou/et psychiatriques qui eux réalisent des suivis sur une plus longue durée. Le rapprochement et les interventions avec les urgences psychiatriques sont souvent sinueux dans la mesure où il s'agit de deux temporalités et deux modes d'intervention distincts.
On remarque également une **diversité entre les ELSA** dont la taille et la composition peut varier et qui interviennent au sein de services hospitaliers hétérogènes : psychiatrique ou de MCO ou doublement PSY/MCO. Enfin, l'**agencement** et **les missions transversales** des ELSA devrait favoriser la coordination entre les secteurs intra et extra hospitalier, entre le médico-social et le sanitaire, et entre le secteur associatif et l'hospitalier.

• Le constat des professionnels :

Les ELSA en milieu hospitalier psychiatrique rencontrent des problématiques liées à :

- ***La représentation de l'addictologie*** *qui est déconsidérée comme n'étant pas de la « vraie » psychiatrie.*
- ***La méconnaissance de leurs missions par les équipes hospitalières.*** *Par exemple, il est fréquent que les psychiatres interviennent sur la question de l'alcoologie sans avoir connaissance de la culture et l'approche addictologique des ELSA.*
- ***La sous-évaluation de la problématique addictive*** *par les intervenants psychiatriques, où l'addiction est souvent perçue comme un symptôme de la pathologie psychiatrique et non pas comme une problématique à part entière.*
- ***La différence de temporalité,*** *notamment avec les urgentistes qui interviennent dans un temps très court peut être un frein à la bonne articulation. Cette différence de temporalité peut d'ailleurs être clivante et renforcer les représentations.*
- ***L'articulation des intervenants et interventions*** *entre les équipes psychiatriques et les urgentistes dont les interventions ne sont pas ou peu coordonnées.*
- ***La mise à l'écart*** *d'une prise en charge psychiatrique lorsque le médecin (notamment en ELSA) considère que le patient n'a qu'une problématique addictive.*

Fort de ces constats, les équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) ont mis en place un certain nombre d'actions opérantes pour dépasser ces difficultés :

L'organisation de temps de sensibilisation

Pour dépasser les freins des représentations, les ELSA organisent des temps de présentation auprès du personnel de l'hôpital. Ces temps de rencontre offrent d'une part une meilleure visibilité sur les pratiques et modes d'intervention des ELSA, et d'autre part peuvent fournir un éclairage sur des thématiques telles que la RDR, la substitution… Aussi, participer à des événements transversaux peut être un moyen de se faire connaître auprès de certains services, par exemple le mois sans tabac s'est révélé être un bon levier pour entrer dans les services.

Le repérage lors des urgences pour faciliter le lien et un meilleur accès aux patients.

La démarche de passer régulièrement entre les services est une action de visibilité qui favorise le lien. Aussi, si l'accès aux services psychiatriques reste fermé, l'accès par les urgences peut être une possibilité de premier accès au patient. Privilégier le passage systématique aux urgences ou encore mettre en place un passage dans le service d'accueil des urgences (somatiques ou psychiatriques) pourrait permettre de rencontrer le patient avant son orientation.

Le travail sur les représentations autour de la réduction des risques

Le travail de proximité auprès des praticiens hospitaliers pour sensibiliser autour de la RDR peut commencer avec le tabac et le vapotage comme porte d'entrée pour ensuite aborder d'autres substances. Ce travail sur les représentations peut être facilité par l'appui d'une personne ressource, par exemple un pharmacien, des mouvements d'entraide (qui peuvent parler d'abstinence comme un des moyens faisant partie réduction des risques) ou bien de

99. http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa

ressources documentaires.
Par ailleurs, l'identification et la mise en disposition d'un lieu « neutre » (par exemple la maison des usagers) a été soulignée par les équipes de liaison comme étant facilitant pour parler de RDR aux praticiens hospitaliers.

• Organiser un travail de réflexion pluridisciplinaire sur les spécificités des ELSA en psychiatrie

→ La pratique de l'ELSA à l'hôpital Saint-Jean de Dieu

L'ELSA de l'hôpital Saint Jean de Dieu est composée de deux dispositifs addictologiques. D'une part l'ELSA qui accompagnent les personnes pendant leurs hospitalisations et de l'autre la Consultation Hospitalière d'Addictologie (CHA). Ces deux dispositifs permettent de rencontrer les personnes après ou avant leurs hospitalisations.
L'objectif de ce travail de liaison est de permettre aux personnes suivis en psychiatrie de bénéficier d'un accompagnement adapté en ce qui concerne leurs addictions. Bien que la mission principale d'une ELSA soit la réorientation des personnes vers des dispositifs de soins adaptés, nous avons très vite fait le constat que la grande vulnérabilité des patients rencontrés à l'hôpital était un frein à leurs orientations auprès de nos partenaires en addictologie. Il nous est renvoyé régulièrement que les patients sont « trop psy » pour les dispositifs de soins addictologiques ou trop « addicts » pour les dispositifs de soins psychiatrique.
La CHA nous a donc permis de prendre le temps avec le patient mais aussi et surtout avec les partenaires et d'établir avec eux des liens afin de faire en sorte qu'une prise en charge soit possible par les dispositifs spécifiques adaptés. Il a fallu échanger, rassurer, expliquer, essayer de déstigmatiser et parfois inventer de nouvelles modalités d'accompagnements.
Les réflexions que nous avons eues se sont également orientées sur le fonctionnement de l'ELSA dans l'institution psychiatrique et l'organisation qui lui est propre. Depuis maintenant presque deux ans nous avons démarré un travail de réflexion autour des spécificités des ELSA en psychiatrie avec les deux autres hôpitaux de la région. Quelques constats communs ont pu être fait : les patients que nous rencontrons sont souvent très précarisés, marginalisés avec une prévalence de personnes qui n'accèdent pas à leur droit, ils ont souvent rencontré beaucoup d'autres structures et ils semblent arriver à l'hôpital psychiatrique en dernier recours.

Plusieurs axes de réflexions ont pu être abordés lors de ces rencontres entre « ELSA Psy » :

- Comment sortir de la dichotomie psychiatrie ou addictions et penser une clinique des pathologies duelles ?
- Existence d'une aggravation symptomatique psychiatrique par les consommations ? Mais aussi, aggravation des consommations par les pathologies psychiatriques ?
- Utilisation des différentes étiquettes sociales psychiatriques ou addictologiques selon les envies des patients.
- Particularité institutionnelle des soins sous contrainte.
- Comment penser la place du patient comme acteur de ces soins, au sens où les praticiens de l'addictologie l'entendent (aller avec le patient là où il veut aller, RDR) en corrélation avec l'image du patient en psychiatrie qui ne serait plus vraiment ce qui est bon ou pas pour lui.

Cette liste de questionnements, liée au fonctionnement d'une ELSA en psychiatrie n'est pas exhaustive mais elle permet de visualiser les prémices de cette réflexion menée pour permettre un meilleur accompagnement pour les patients au plus près de ce qu'ils veulent.

→ **Elodie Berne**
Assistante sociale et doctorante en sociologie
ELSA hôpital Saint-Jean de Dieu

• Favoriser l'articulation interne grâce à une pluralité d'actions et d'échanges informels réguliers

◆ ELSA CH Haut Anjou (53) (Château-Gontier)

Pour faciliter les liens avec la psychiatrie, l'ELSA a instauré un certain nombre d'actions qui ont permis une meilleure articulation entre les différents acteurs hospitaliers :

- **Instaurer une régularité dans les visites :** le médecin addictologue de l'ELSA réalise des déplacements hebdomadaires pour consulter dans les services de psychiatrie. Ces temps de consultation sont organisés le jour de la visite par les psychiatres pour faciliter la rencontre avec les patients.

- **Débuter le lien par des interventions autour du tabac** (sevrage, substitution, vape…).
- **Faciliter le travail des psychiatres,** les aider à libérer des lits en se mettant d'accord sur des suivis externes, et le travail également d'articulation avec le CMP.
- **Mettre en place un système informel pour communiquer,** trouver des lieux pour constituer des espaces de discussion, par exemple en élaborant un système de rencontre au repas de midi.
- **Organiser des réunions avec les infirmières** de service conjointement avec le patient, la famille des patients, les médecins et l'ELSA…
- **Former le personnel de l'hôpital** et notamment les infirmiers d'urgence et de psychiatrie pour sensibiliser à la substitution (TSO/TSN) et à la RDR, en faisant par exemple intervenir un CAARUD à la formation.

• Créer des espaces de parole autour des substances psychoactives pour les patients

◆ ELSA
CH St Louis Marius Lacroix
La Rochelle
(17)

Un atelier à visée thérapeutique animé par une infirmière de l'équipe ELSA et une infirmière des services fermés est organisé une fois par mois auprès de patients hospitalisés en service fermés de psychiatrie. L'intérêt de l'action dans l'enceinte hospitalière est de permettre d'aborder librement la consommation de substances psycho actives pouvant entrainer un trouble de l'usage, dans un climat bienveillant et non jugeant.
L'objectif est de favoriser un échange d'informations et de témoignages entre les patients au sujet de différentes substances, leurs consommations, leurs répercussions, leurs risques, le processus addictif et les expériences de soins… L'atelier est animé par des soignants d'addictologie et de psychiatrie permettant de questionner certaines croyances et de compléter avec des notions théoriques.
La parole facilitée et le fait de pouvoir s'appuyer sur l'expérience d'autres patients peuvent permettre de mieux comprendre la maladie addictive, sortir de la culpabilité des troubles de l'usage de substances, donner des pistes à chacun pour construire son propre projet de soins.

Organisation : séances mensuelles d'une heure et demie basées sur des supports (films, jeux, documents écrits…) pour un groupe ouvert de trois à six patients encadrés par deux infirmières (de l'ELSA et du service fermé psychiatrique).

2.5 RENFORCER LES PARTENARIATS EN S'APPUYANT SUR LES DISPOSITIFS ET OUTILS INSTITUTIONNELS

1. LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS

• Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Le Projet Territorial de Santé Mentale s'inscrit dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Il a été défini par un décret et une instruction aux ARS. Il cherche à ancrer les personnes souffrant de troubles psychiques dans une logique territoriale. Il est préalablement demandé à une pluralité d'acteurs (les professionnels de la santé, les acteurs de la prévention, de la lutte contre les addictions, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, les collectivités locales et les représentants d'usagers) de réaliser un diagnostic territorial partagé permettant d'identifier les ressources disponibles et de préconiser des actions pour remédier aux insuffisances constatées. L'objectif premier est de garantir une continuité des parcours de santé et de vie des usagers.
Pour accompagner l'élaboration actuelle des Projets territoriaux de santé mentale, le ministère des Solidarités et de la Santé a défini six priorités : le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès aux soins somatiques, le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence, le droit des patients et les actions sur les déterminants sociaux.[100]

100. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale

• Le rôle des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Le passage, pour la psychiatrie publique d'une logique hospitalière à une logique territoriale ainsi que la prise en compte croissante des questions liées à la santé mentale par les politiques publiques ont été des éléments déclencheurs à la mise en place des CLSM. Présidé par un élu local, coanimé par la psychiatrie publique et intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants, le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre ses membres.[101]

Selon le Dr Laurent El Ghozi[102], le CLSM est une alliance. Les soignants, les politiques et les usagers sont mis sur un plan d'égalité pour entendre les besoins de chacun et élaborer des réponses adaptées. Initialement, le CLSM est organisé de manière à mettre en place des rencontres régulières autour de thématiques choisies. Ces rencontres ont pour objectif de laisser la parole libre entre les professionnels et usagers de structures concernés par cette thématique (le social, la santé, le handicap, l'hébergement et logement, la justice…).[103]

Pour établir un CLSM sur un territoire, il faut :

- Définir les missions et orientations du CLSM
- Une pluralité de participants (la mairie, un élu local, un représentant psychiatrique, d'association d'usagers et d'aidants, un médecin généraliste, un représentant de structures sociales et médico-sociales…)

Les principales activités des CLSM sont :

- L'observation et le diagnostic territorial de santé
- L'organisation de formations croisées
- Faciliter les recours d'accès aux soins
- La promotion de l'accès à la citoyenneté des usagers
- Des actions autour du logement
- L'amélioration de l'accès aux loisirs et à la culture des usagers
- La sensibilisation, l'information en santé mentale.[104]

Les CLSM sont également des lieux de possibilité d'organisation de partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux. Des rencontres qui visent une réciprocité de services afin d'améliorer la réponse aux situations rencontrées. L'implication des organismes gestionnaires de CSAPA ou de CAARUD dans les PTSM et leur participation aux CLSM sont des enjeux majeurs pour permettre de réelles collaborations au niveau territorial, permettre des accompagnements mieux intégrés et prévenir les ruptures de parcours.

• Le constat des professionnels :

Des difficultés telles que l'insuffisance de structuration et d'organisation des CLSM sur certains territoires, ou encore le manque de visibilité sur leurs actions ont été exprimées par les professionnels de l'addictologie. Cependant, malgré ces difficultés, les CLSM apparaissent comme des lieux de rencontre dont le potentiel est à exploiter par les acteurs concernés.

En effet, ces lieux de rencontre permettent notamment de :

- ***Se faire connaître,*** *être connu et reconnu des partenaires locaux.*
- ***Connaître*** *les modes de fonctionnement et actions de l'autre.*
- ***Apporter*** *son savoir pour que les autres partenaires puissent s'appuyer sur nos pratiques.*
- ***Faire remonter*** *les difficultés et les besoins par rapport à un public en souffrance psychiatrique et faciliter le travail d'orientation et d'articulation.*
- ***Faire un travail*** *sur les représentations liées à l'addictologie et/ou la toxicomanie auprès des partenaires.*
- **Favoriser** *le travail en sous-groupes pour établir des protocoles précis avec les partenaires.*
- ***Amener à réfléchir*** *à des actions communes*
- ***Travailler*** *sur l'articulation des acteurs et sur la notion de trajectoire des usagers en travaillant à dépasser les problématiques liées aux différences des logiques associatives et hospitalières.*
- ***Clarifier*** *les partenaires pour les usagers et leur permettre de diversifier leur prise en charge, donc éviter que l'usager ne sente « piégé » dans une structure et lui donner les moyens de pouvoir en changer.*
- ***Permettre des échanges pratiques,*** *concrets et constructifs avec la justice sur l'intervention auprès des jeunes par exemple.*

101. http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/

102. Laurent El ghozi est président du collectif Elus, Santé publique et territoires (ESPT) et adjoint au maire de Nanterre.

103. Propos recueillis lors du colloque Santé mentale et citoyenneté organisé par Santé Mentale France le 13 juin 2018 à Paris

104. http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf

- ## Les Communautés Psychiatriques de territoire (CPT) [105]

Rôle :

- Elles contribuent à la définition du projet territorial de santé mentale
- Elles assurent la déclinaison des actions que ce dernier prévoit, au sein du projet médical de chaque établissement membre et la mise en œuvre opérationnelle des actions, leur suivi et leur évaluation.

Participation :

- Sont **membres** les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie, signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer.
- Peuvent être **associés** les autres signataires du contrat territorial de santé mentale (représentants des patients et des familles, professionnels et établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux), afin de décliner les actions du projet territorial de santé mentale auxquelles ils participent.
- **Peuvent coopérer avec la communauté** des établissements et structures n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale mais identifiés par le projet territorial de santé mentale pour leur rôle de recours. [106]

- ## Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les communautés professionnelles territoriales de santé regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile… [107]

Chaque CPTS a vocation à réunir des professionnels de premier et de deuxième recours (médecins généralistes et d'autres spécialités, infirmières, etc.), et, le cas échéant, des acteurs médico-sociaux ou sociaux, qui interviennent ensemble pour fluidifier le parcours de soins des patients. L'objectif est de renforcer les liens entre professionnels et de proposer, dans son projet de santé, des actions et outils de coordination (généralisation du répertoire opérationnel des ressources, plan personnalisé de santé, systèmes d'information, télémédecine, diffusion de protocoles pluriprofessionnels…).

Ces outils institutionnels méritent d'être explicités dans leurs capacité à :

- Faire sortir des établissements pour penser « le territoire ».
- Faire « communauté professionnelle » dans une époque qui met les acteurs plutôt en situation de concurrence.

L'ensemble de ces dispositifs peut donc favoriser les échanges en réseau des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des pathologies duelles. La difficulté résidant peut-être dans la capacité des différents acteurs à connaitre et à se saisir des différents dispositifs.

2. LA FORMALISATION DE L'ARTICULATION ENTRE LES PARTENAIRES

La formalisation de l'articulation peut se faire par plusieurs moyens et sur plusieurs niveaux :

Au **niveau du terrain,** ponctuellement, selon les besoins de chaque situation, on peut formaliser les liens en :

- Conservant une trace des activités.
- Réalisant des contrats tripartites entre addictologues/psychiatres/usagers.
- Formalisant de fiches de liaison, elle peut éviter à l'usager d'avoir à raconter de nombreuses fois son histoire, (avec la limite d'orienter le regard du professionnel avant même qu'il n'ait rencontré la personne).
- Cependant, ces solutions peuvent ralentir l'articulation alors qu'un simple coup de téléphone suffirait.

Au niveau **institutionnel et sur le long terme,** on peut réaliser des conventions et des protocoles qui permettent de :

- **Pérenniser** le lien au niveau de l'établissement et du projet institutionnel des initiatives impulsées par des personnes motivées. Elle peut notamment permettre de pallier le départ d'une ressource et garder une trace de l'expérience menée.
- **Déroger à la sectorisation,** sous forme de convention par exemple.
- **Éviter les rotations** (changements incessants de secteurs) de « tours extérieurs » pour les « addicts » SDF.
- Cependant, cela peut prendre du temps à être mis en

105. L'article D. 6136-1 CSP précise que « la communauté psychiatrique de territoire fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture ».

106. http://www.jurisante.fr/?p=4226

107. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser

place (jusqu'à plusieurs années) et ne suffit pas à garantir la pérennité de l'action (une convention peut être non renouvelée ou non appliquée).

Les conventions

Une convention est la marque d'une coopération et d'un partenariat formel entre deux établissements. La convention facilite la rencontre de différentes cultures et favorise l'articulation des partenaires en définissant un cadre.

• Le constat des professionnels :

Chaque secteur en addictologie (hospitalier, associatif) a ses pratiques spécifiques dont la diversité est nécessaire pour réponde à la complexité des problématiques addictives. Cependant, le risque est que chaque secteur se referme sur lui-même. Bien souvent, l'hôpital et les CSAPA/CAARUD ne savent travailler ensemble que s'ils sont sous la même gestion « hospitalière », au risque de perdre une bonne partie de leurs nécessaires différences. De même, la ville et le médico-social ne travaillent ensemble que si des médecins « sont » du CSAPA, et vice versa.

Ceci étant, de nombreuses conventions autant institutionnelles qu'entre professionnels sont mises en place dans les territoires pour débloquer les freins et faciliter les articulations. Ils permettent par exemple de :

- Développer et d'exploiter le partenariat avec les différents réseaux.
- Améliorer l'aval et aider à passer la crise en facilitant la communication et l'orientation envers les établissements d'urgence.
- Offrir la possibilité de rencontrer plus facilement un psychiatre dans des centres d'accueil et de soin.
- Élargir et assouplir les règles d'admission dans les différentes institutions partenaires (urgences, SSR…).
- Réserver des lits en psychiatrie en fonction des champs d'actions.

• Une convention territoriale pour fluidifier le parcours des usagers :

◆ CSAPA Altau le Relais et CAARUD Entractes Altau (25) Convention Altau

ALTAU
le réseauentr'actesle relais

Une convention relative à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes présentant une problématique d'addiction sur l'aire Belfort-Montbéliard et Héricourt a été mise en place entre l'Association Hospitalière de Franche-Comté, L'hôpital Nord Franche-Comté, les organismes spécialisés en addictologie, et les structures sociales et médico-sociales.

À partir d'un groupe de réflexion multi-partenarial sur la filière de l'addictologie, une convention a été élaborée afin de promouvoir une meilleure articulation des compétences territoriales dans une logique de parcours entre notamment les médecins généralistes, les établissements sanitaires et les CSAPA-CAARUD.

Trois axes opérationnels ont été identifiés pour répondre
à l'enjeu territorial d'amélioration de la prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation d'addiction :

- Soutenir davantage les professionnels sociaux et médico-sociaux dans leur accompagnement,
- Structurer la prise en charge aux urgences par une meilleure transmission des informations,
- Développer la concertation sur les situations les plus complexes.

Pour appuyer cette convention, trois protocoles fonctionnels ont également été élaborés :

- *« Protocole relatif à la **mise en œuvre de soutien** à destination des professionnels en charge de l'accompagnement social et médico-social ».*
- *« Protocole relatif à la **transmission des informations** au service des urgences concernant les personnes présentant une problématique d'addiction ».*
- *« Protocole relatif à **la concertation autour des situations dites complexes** ».*

Les protocoles

Selon la **Haute Autorité de Santé (HAS),** un protocole est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri professionnelle qui permet de :

1. Faciliter le travail en équipe à un niveau local ou territorial.
2. Améliorer l'articulation entre les soins de premier et de deuxième recours.
3. Faciliter l'appropriation des bonnes pratiques.
4. Participer à l'introduction des bonnes pratiques professionnelles dans le dossier patient informatisé et partagé. [108]

Établir un protocole, c'est donc permettre la rencontre de cultures différentes et donner les moyens à des personnes d'apprendre à travailler dans des équipes pluridisciplinaires et en transversalité. C'est avant tout un outil d'ouverture et d'apprentissage à travailler ensemble dont les professionnels se saisissent pour faciliter les liens.

Cette formalisation parfois nécessaire à une meilleure articulation se retrouve notamment au **CSAPA Equinoxe Pierrefeu du Var** (83) où un document de travail a été accepté entre la psychiatrie et l'addictologie pour encadrer les orientations, éviter les adressages non concertés et empêcher que les patients se retrouvent sans prise en charge.

Au **CSAPA Pôle Ouest Association AKATIJ (Saint Laurent, Guyane)** un protocole est en cours d'élaboration entre la communauté thérapeutique et le CSAPA et en lien avec le CMP. Il aura pour objectif de formaliser et d'encadrer le parcours de soin des personnes qui consomment du crack ou de la cocaïne et qui souhaitent l'abstinence.

L'**ELSA CH St Louis La Rochelle** (17), a également mis en place plusieurs protocoles avec la psychiatrie notamment sur le sevrage tabagique ou encore à l'alcool. Par exemple, le protocole de consultation établi avec la psychiatrie hospitalière se fait par étape : une demande est reçue via les infirmiers de leur unité soit par téléphone, soit via un logiciel. L'ELSA va ensuite dans l'unité pour faire l'entretien puis réalise un compte rendu à l'équipe hospitalière, l'imprime et le place dans le dossier du patient. Outre le compte rendu écrit, il y a également un échange verbal avec les psychiatres. Ce protocole permet notamment une meilleure sensibilisation des praticiens et psychiatres à l'addictologie.

108. Outils pratiques pour faciliter la rédaction de protocoles : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

2.6 DÉVELOPPER DES OUTILS INNOVANTS FAVORISANT LE PARTENARIAT

• La téléconsultation pour apporter un soutien et une expertise psychiatrique

La télémédecine désigne une forme de pratique médicale à distance qui permet de mettre en relation un patient et un ou plusieurs spécialistes de la santé, et de répondre à la fois aux besoins de la population et des professionnels de santé. La télémédecine a notamment l'avantage d'être « dématérialisée » et de s'affranchir des barrières géographiques.

◆ Le CSAPA et l'ELSA 37 du CHU de Tours (Indre et Loire - 37)

Pour répondre à la pénurie d'effectifs médicaux, l'ARS de la région Centre-Val-de-Loire déploie des moyens en termes d'équipements pour développer la télémédecine. Le CSAPA 37 La Retonde est un CSAPA hospitalier rattaché au CHU de Tours qui travaille en étroite collaboration avec l'ELSA-37. Leurs ressources addictologiques sont essentiellement composées de médecins psychiatres-addictologues dont la double compétence est mise au service de trois structures dénuées de ces ressources :

Un CSAPA de la région Centre Val de Loire avec la **mise en place de téléconsultation :** six consultations par mois sont organisées avec l'un des psychiatre-addictologue du CHU de Tours. Ces consultations de télémédecine se font en trois temps :

- La réception du dossier du patient par l'un des médecins du CHU
- L'entretien en téléconsultation avec le patient/usager accompagné de l'interne en psychiatrie au CSAPA
- Le débriefing avec l'interne en psychiatrie du CSAPA

Une maison de santé pluridisciplinaire et **l'organisation de téléstaff** entre l'équipe du CSAPA et la maison pluridisciplinaire où les deux groupes discutent en vidéoconférence sur des dossiers et des cas cliniques. Des plages horaires sont bloquées tous les quinze jours entre les deux équipes.

Le centre pénitentiaire de Châteauroux : en perspective

2.7 AMÉLIORER L'ARTICULATION EN SITUATION DE CRISE

1. LA CRISE, LES CONDUITES ADDICTIVES ET LES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Les urgences psychiatriques regroupent des situations très diverses : accès maniaque ou trouble psychotique aigu, angoisse ou souffrance psychique intense, crise suicidaire, réaction émotionnelle aiguë, agressivité et troubles du comportement, agitation confusionnelle… [109]
Il n'est pas toujours facile d'évaluer ce qui relève de la psychiatrie et de l'addictologie, surtout lorsque les consommations de produits induisent et créent une situation de crise. Néanmoins, seuls les services de psychiatrie sont à même de gérer et d'accompagner des troubles psychocomportementaux aigus, même quand ils sont en lien direct avec une intoxication aiguë ou chronique (sauf si l'intoxication elle-même est suffisamment sévère pour nécessiter un monitoring spécifiquement médical en service d'urgences somatiques).
Les intoxications aiguës par une substance psychoactive (alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy…) peuvent être des éléments déclencheurs d'une crise, tout autant qu'un contexte de sevrage (alcool, benzodiazépines…).

Les urgences psychiatriques sont un carrefour important dans la prise en charge des pathologies duelles et se trouvent souvent en relation avec les différents intervenants impliqués dans la gestion de ces pathologies duelles : il peut s'agir d'un service de psychiatrie confronté à une intoxication aigue, avec des manifestations comportementales chez un patient. Il peut s'agir également d'une structure médico-sociale ou d'un intervenant de ville ou d'une famille confrontés à un état de crise aigu chez un usager de substance. Dans tous les cas, le lieu du traitement de l'urgence devrait être également celui de la mise en relation des différents intervenants impliqués dans la gestion de la pathologie duelle.

Les services d'addictologie travaillant sur des stratégies d'accompagnement à long terme ne sont pas forcément outillés pour gérer des situations de crise. Comme l'indique Olivier Cottencin, *« même si les services d'addictologie n'ont pas vocation à traiter la crise psychosociale, le renforcement des liens entre les structures de crise et d'addictologie est un atout pour l'amélioration de l'accès aux soins des patients. »*[110]
Par exemple, les **Centres d'Accueil et de Crise (CAC)** sont des lieux d'accueil de soin et d'orientation pour les patients en état de crise pour une durée brève. Ces centres ne sont pas sans lien avec les addictions dans la mesure où les usagers de drogues (au sens large et alcool compris) sont souvent confrontés à des crises familiales, sociales ou professionnelles. Ces centres assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques.

• L'articulation d'un centre thérapeutique résidentiel avec les urgences psychiatriques

◆ CTR Concerto Sauvegarde du Nord (59)

Le CTR Concerto a un lien de proximité avec **l'EPSM de Saint André lez Lille et l'hôpital de Saint Vincent.** Il travaille étroitement avec les urgences psychiatriques dans des situations aiguës, nécessitant une réponse immédiate ou dans les cas de décompensation. L'articulation se fait par étape :

- Mise en relation avec le CP2A (urgences psychiatriques situées au sein de l'hôpital Saint-Vincent de Paul)
- Première évaluation par un infirmier
- Lien avec le psychiatre de garde
- Évaluation et hospitalisation en urgence si besoin
- Possibilité de réorientation vers un autre service de psychiatrie ou d'addictologie si nécessaire dans un second temps.

Les points positifs de l'articulation sont :

- Les partenaires sont réactifs quelle que soit l'importance de la crise : la demande au CP2A part souvent des observations d'une équipe éducative, qui n'a pas le même regard qu'une équipe médicale en psychiatrie. Il peut y avoir de grandes inquiétudes du côté des éducateurs, alors que le psychiatre va rassurer et réadapter le traitement.
- Le fait qu'un éducateur passe tous les jours à Saint-Vincent pour voir le patient et fasse le point avec l'équipe soignante facilite les rapports.
- La sensibilité des médecins par rapport à l'addictologie est un atout

109. https://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/urgences-psychiatriques/

110. O.Cottencin, D.Guardia, B.Rolland., Chapitre 8 : « Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s) » ; Conférences Psychiatrie 2 : troubles psychiatriques – critères d'hospitalisation. Urgences 2011

- La bonne connaissance réciproque : l'usager voit que l'équipe du CTR fait confiance au médecin donc il lui fait confiance aussi.
- La flexibilité du CP2A qui peut accepter de prolonger une hospitalisation si nécessaire.

2. ELSA ET URGENCES

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont des équipes transversales dont les objectifs sont de repérer les personnes ayant des conduites addictives et d'assurer un lien entre les différents acteurs intra et extra-hospitaliers. Les équipes interviennent auprès des patients mais également auprès des soignants en les formant et en les conseillant sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients. Les ELSA interviennent notamment auprès des patients aux urgences.[111]
L'enjeu ici repose sur l'articulation entre les ELSA, les équipes d'urgence psychiatriques et les somaticiens urgentistes.

• Le constat des professionnels :

La bonne articulation entre les ELSA, les urgences et les urgences somatiques n'est pas toujours évidente, elle est liée à plusieurs facteurs :

- ***Les différences de temporalité :*** *les interventions des services d'urgence se réalisent dans un délai très court. Ceux-ci doivent trouver des solutions rapidement pour les patients tandis que les ELSA interviennent sur un temps plus long qui n'est pas forcément de la même temporalité que celui des urgences psychiatriques, sans que ces deux dernières temporalités soient forcément les mêmes (par exemple, chez un patient arrivant alcoolisé aux urgences dans un contexte de crise suicidaire, il y aura trois temps de prise en charge : la gestion de l'intoxication éthylique aigue, l'évaluation de la crise suicidaire, l'évaluation de la problématique addictive.)*
- ***Des représentations négatives des « urgences addictologiques » de la part des urgentistes.*** *Les usagers de drogues ou d'alcool, pour peu qu'ils soient « agités », monopolisent les urgences et ne sont pas considérés comme étant une priorité. Ils sont souvent jugés comme en partie « responsables » de leurs problèmes à la différence des « vrais patients » qui nécessiteraient toute leur attention. Ceci est aggravé si les patients présentent par ailleurs des manifestations comportementales rendant leur maintien aux urgences plus difficile.*
- ***Un sentiment d'inutilité de la prise en charge de ces personnes*** *et la sensation d'être démuni face aux problématiques addictives qui ont une dimension « répétitive », en particulier lors de passage récurrent aux urgences, (par exemple, elle est liée à plusieurs facteurs tels que : les patients sans domicile régulièrement alcoolisés aux urgences, avec une problématique psychotique sous-jacente qui sera rarement identifiée.)*

• Pistes de résolution proposées par les professionnels :

- ***Intervenir en binôme*** *avec la psychiatrie pour articuler l'ELSA, la psychiatrie et les urgentistes pour repérer, fluidifier et éviter la répétition pour le patient.*
- ***Se présenter chaque jour aux urgences*** *pour faciliter les interventions ponctuelles et ouvrir sur les possibilités d'alternatives de prise en charge addictologiques.*
- ***Être un soutien et un appui pour les urgences*** *en facilitant leur travail : faire un travail de proximité, orienter lorsque le trouble ne concerne pas la psychiatrie, et nuancer les diagnostics (la pathologie présente en cas de crise n'est pas forcément prioritairement problématique).*

111. http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa

3. La prise en charge intégrée

3.1 DES DÉFINITIONS

Il n'existe pas de définition unique de la prise en charge intégrée des troubles psychiatriques et des troubles addictifs associés. La définition la plus simple et minimale peut être la suivante : la prise en charge intégrée consiste à offrir à un usager présentant des troubles psychiatriques et des troubles addictifs **un accompagnement par une même équipe et des soins qui prennent en compte ces deux problématiques.**

La prise en charge intégrée paraît de plus en plus être l'approche thérapeutique optimale pour intervenir auprès des personnes souffrant d'une double problématique.[112] Cette approche apporte des solutions là où les approches séquentielles et parallèles se heurtent souvent à un certain nombre de difficultés. Une approche séquentielle ne prenant en compte qu'une pathologie à la fois diminue l'efficacité de cette approche, l'autre continuant à interagir péjorativement et dans certains cas l'approche prétendument séquentielle restera en fait isolée. C'était le cas par exemple avec la comorbidité du stress post traumatique et le trouble de l'usage de substance[113], les protocoles classiques demandaient de traiter préalablement le trouble de l'usage avant de traiter le stress post traumatique mais comme les personnes n'arrivaient pas à l'abstinence (ne serait-ce que parce que le stress post traumatique rendait très difficile le sevrage), elles ne parvenaient jamais non plus au traitement du stress post traumatique et le problème restait entier. Cette problématique rappelle celle initialement rencontrée avec l'hépatite C. Beaucoup d'hépatologues exigeant que les personnes soient abstinentes (alcool et drogues) avant d'être traitées de leur hépatite C, elles n'étaient jamais traitées…
L'approche parallèle quant à elle peut complexifier la coordination administrative et organisationnelle ainsi que la cohérence de suivi, ce qui peut causer des retards, des duplications, des interruptions, des orientations erronées et des décisions divergentes.

L'approche intégrée permet de réduire les différences de cultures professionnelles, de faciliter la communication, la compréhension réciproque et le suivi d'une même ligne directrice tout en réduisant les problèmes organisationnels et administratifs. Elle facilite également l'accès à des soins globaux quand la demande initiale de l'usager se focalisait plutôt sur une des deux pathologies qui lui posait le plus problème. C'est donc une réponse adaptée pour résoudre et dépasser les freins et limites inhérents aux difficultés cliniques rencontrées en addictologie et en psychiatrie, qui se retrouvent essentiellement à trois niveaux :

1. **Le déni des troubles, aussi bien psychiques qu'addictifs :** en dépassant la double stigmatisation des patients et en évitant la méconnaissance de l'une ou de l'autre dimension, l'approche intégrée peut permettre d'aborder et de dépister plus facilement les questions de consommations ou de conduites addictives, mais aussi des symptômes psychiatriques.
2. **Les ruptures de suivi,** très fréquentes, alors que les troubles psychiques ou addictifs persistent ou réapparaissent : en favorisant l'alliance thérapeutique et l'accès aux soins par une même équipe, l'approche intégrée facilite le recours aux soins pour ces problématiques souvent récidivantes.
3. **La difficulté de coordonner des dispositifs de soins souvent saturés :** il est déjà difficile de parvenir à se faire bien suivre par une équipe, encore plus par deux ou trois équipes, surtout quand elles sont débordées. La coordination des soins entre équipe est pourtant un élément majeur pour susciter l'adhésion de la personne accompagnée. Le suivi par une même équipe tend à simplifier cette coordination et à éviter le renvoi et la défiance entre les équipes. Trop souvent le temps d'échanges entre les équipes psychiatriques et addictologiques ne se font que dans les moments de crise. Une prise en charge intégrée a aussi pour but d'éviter les ruptures issues d'une communication discontinue entre les structures.

112. F.Lemaire, D.Lecolier,. Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques ; Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35(4) :325-333

113. Hien, D.A., et al., Do Treatment Improvements in PTSD Severity Affect Substance Use Outcomes? A Secondary Analysis From a Randomized Clinical Trial in NIDA's Clinical Trials Network, Am J Psychiatry, 2009

3.2 LE CONSTAT DES PROFESSIONNELS : TENDRE VERS UNE CULTURE COMMUNE

La prise en charge intégrée est considérée et appréhendée de manière plurielle par les professionnels, selon les secteurs et les dispositifs dans lesquels ils exercent. Néanmoins, elle se caractérise par la prise en compte d'une ou plusieurs addictions et des comorbidités psychiatriques par une même équipe, le plus souvent dans un même temps et un même lieu, comme c'est le cas notamment dans certains centres hospitaliers. Elle est également pensée en tant qu'ensemble d'acteurs agissant simultanément et en concordance avec l'usager. Dans les deux cas, il s'agit essentiellement d'intégrer la culture de l'autre au sein de sa structure tout en mobilisant les acteurs de la psychiatrie et de l'addictologie, et aussi d'autres secteurs comme ceux du social, de la pair-aidance ou du somatique. La prise en charge intégrée est donc à la fois un maillage opérant entre les acteurs et une volonté d'intégration de la culture de l'autre.

Afin de tenir compte des aspects bio-médico-psychosocial, l'approche intégrée a l'ambition de répondre à l'ensemble des dimensions des besoins de la personne. Ce modèle d'intervention pluridisciplinaire nécessite d'avoir **plusieurs compétences dans une même équipe.** Dans les situations très complexes, cela nécessite bien plus qu'un psychiatre et un addictologue qui travaillent ensemble. C'est plutôt une équipe d'intervenants pluridisciplinaires formés aux différents aspects et outils addictologiques et psychiatriques et à l'intrication de ces problématiques qui conjuguent leurs approches dans une culture commune fondamentalement transdisciplinaire.

Au-delà de l'unité de temps ou de lieu, la prise en charge intégrée est avant tout une posture et une palette de modalités de travail et des outils adaptés à la souffrance psychique et aux addictions.

Ainsi idéalement, les équipes qui proposent l'approche intégrée devraient simultanément combiner les savoir être et les outils spécifiques de l'addictologie (réduction des risques, entretien motivationnel, traitements de substitution, traitement du *craving,* prévention de la rechute…) avec les outils spécifiques de la psychiatrie (traitements psychotropes, remédiations cognitives, psychothérapies…), sans oublier tous les aspects communs que sont le rétablissement, la valorisation du pouvoir d'agir dans l'objectif d'une amélioration de la qualité de vie de la personne, l'accompagnement psycho-social, l'accompagnement de l'entourage…

3.3 EXEMPLES DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE EN FRANCE

1. DES PRISES EN CHARGE INTÉGRÉES : DES EXEMPLES HOSPITALIERS

→ Une unité spécifique d'addictologie et RDR à l'hôpital psychiatrique du Rouvray

L'unité Jean Pierre Pot est une unité spécifique prenant en charge des patients de la psychiatrie ayant des usages de drogues. Créée en 2007, elle est issue de l'engagement et du militantisme d'un chef de service en psychiatrie, le Docteur Yves Protai.

Partant du constat que de nombreux patients hospitalisés dans les services de psychiatrie avaient des usages de drogues réguliers et que ceux-ci étaient mal pris en charge et souvent exclus des soins psychiatriques, le Docteur Protais a créé cette unité spécialisée pour accueillir ces patients.

Pour étayer cette démarche, une étude a été réalisée sur les usages de drogues chez les patients hospitalisés dans l'hôpital psychiatrique du Rouvray. Les résultats ont montré qu'un tiers d'entre eux avaient des troubles addictifs.

L'objectif, était donc de proposer une réponse adaptée qui permettrait à la fois de soulager les services hospitaliers de psychiatrie, et d'offrir à ces patients un lieu de soins intégré et adapté à leur double problématique. En s'inspirant du modèle canadien, le Docteur Protais a donc transformé 8 lits de son service pour n'y accueillir que des patients ayant des troubles psychiques et des troubles addictifs.

Une équipe paramédicale a été recrutée pour organiser les soins avec l'appui des médecins du CSAPA de Rouen et de Jean Pierre Pot, psychanalyste et superviseur de ce même CSAPA.

Une prise en charge intégrée de qualité demande du personnel avec des compétences doubles et un effectif important pour accompagner au mieux les patients. Ces conditions sont nécessaires à l'accompagnement au cas par cas, aux démarches de réduction des risques et de l'« aller vers ».

Cependant, au bout de 11 ans d'expérience et pour des raisons budgétaires, l'unité risque de fermer et son activité transférée hors site.

→ **Coralie Hans,** Psychologue, Unité Jean Pierre Pot

- Un service d'addictologie et une équipe formée à une culture commune

◆ Service d'addictologie au CH Châteauroux (36)

Le centre hospitalier Châteauroux a une unité d'hospitalisation en addictologie avec ou sans comorbidité psychiatrique. Le service trouve son origine dans le constat d'une double stigmatisation des patients et d'un manque de prise en charge adaptée.

L'unité comporte 25 lits dont 2 chambres protégées. Ses missions englobent le sevrage simple et les soins résidentiels complexes (activités thérapeutiques et psychothérapies cognitivo-comportementales) pour l'ensemble des addictions. L'équipe pluridisciplinaire de l'unité est formée à la fois en addictologie et en psychiatrie.

Il n'y a pas de politique de réduction des risques dans la mesure où l'unité demande un engagement à la personne de ne pas consommer pendant l'hospitalisation pour mettre à distance le produit afin d'avoir une meilleure visibilité sur le syndrome psychique, à savoir s'il est lié au produit ou s'il est indépendant du produit. La prise en charge intégrée se fait donc en deux temps : d'abord stabiliser la crise psychiatrique pour ensuite traiter la problématique de l'addiction.
Cependant, le fait que le patient s'engage à ne pas consommer n'exclut pas une politique de réduction des risques pour les patients qui ne souhaitent pas une abstinence totale après la sortie. Par exemple, pour l'addiction à l'alcool, il y a la possibilité de mettre en place un traitement pouvant permettre une consommation contrôlée comme le baclofène ou le nalméfène.

- Une prise en charge intégrée dans un centre à la fois sanitaire et médico-social

→ Centre Médical Marmottan (75)

À la fois médico-social et sanitaire, le Centre Marmottan offre dans un même lieu, dans des espaces de soins différenciés, une palette de soins divers et complémentaires : l'unité d'accueil-consultation (CSAPA) se trouve dans le même bâtiment que l'unité d'hospitalisation spécifique addictologique (12 lits), ainsi que l'unité de consultation de médecine générale pour soins somatiques liés aux addictions.
L'équipe pluridisciplinaire intervient dans les diverses unités du centre, et le ou les référents d'un usager assurent la continuité de son suivi dans les différents temps (suivi ambulatoire, hospitalisation…). Des réunions, plusieurs fois par semaine, entre les soignants des différentes unités cherchent à assurer la bonne cohérence du travail institutionnel et à organiser de concert l'accompagnement des patients.

L'équipe est composée de médecins psychiatres (dont deux internes en psychiatrie), de médecins somaticiens, de psychologues, d'éducateurs et de travailleurs sociaux plutôt issus de l'addictologie.
L'équipe prend en charge le plus souvent de manière intégrée les situations complexes mêlant troubles addictifs et troubles psychiques. Une limite peut apparaître dans la prise en charge lorsque le trouble psychiatrique est trop prégnant et qu'il dépasse le cadre des soins volontaires, notamment à l'hospitalisation (pas adaptée pour les soins sans consentement). Dans ces moments aigus, l'usager dont la pathologie psychiatrique peut nécessiter des soins sans consentement, un accompagnement conjoint avec l'équipe psychiatrique de secteur est souvent organisé.

Marmottan met un point de vigilance à ce que son CSAPA ne deviennent pas un CMP spécialisé au risque de perdre la spécificité de l'addictologie, notamment du fait d'un accès souvent facilité et plus rapide. Un travail conjoint avec les équipes psychiatriques des secteurs avoisinants est engagé sous forme de séances régulières d'intervision clinique, qui permettent à chaque équipe à tour de rôle de présenter une situation problématique associant troubles addictifs et troubles psychiques. Ces échanges cliniques permettent de mieux se connaître, de plus facilement aborder les pratiques telles qu'elles se font et de travailler sur les représentations de chacun.

→ **Dr Mario Blaise,** Psychiatre addictologue
Centre Médical Marmottan

2. DES PRISES EN CHARGE INTÉGRÉES : DES EXEMPLES EN CSAPA

- La prise en charge intégrée en soins résidentiel

◆ CSAPA Pierre Nicole (75)

csapa pierre nicole
centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Le CSAPA Pierre Nicole est un CSAPA résidentiel proposant une PEC intégrée au sein de l'hébergement.

Sur 10 médecins du CSAPA, 6 sont psychiatres, donc le CSAPA a la possibilité de faire une prise en charge psychiatrique même lorsqu'il n'y a pas de lien avec un CMP.
Le dispositif d'hébergement contient également 10 lits pour les sortants de prison. Le CSAPA est en lien avec les urgences du CH de Cochin si nécessaire. Aussi en lien avec le CPOA (centre psychiatrique et d'accueil urgences de Sainte-Anne) qui font un travail d'évaluation et d'orientation du côté psychiatrie.

La prise en charge des patients ayant des comorbidités nécessite de :

- La présence d'une assistante sociale dans les services et de prendre en compte les problématiques sociales, notamment celles liées à la précarité.
- La présence d'addictologues qui ont une culture psychiatrique.
- De maintenir le lien avec le CMP, notamment lors d'une hospitalisation en phase aigüe.
- De faire un travail d'éducation thérapeutique, sur les représentations et l'identité de la personne

- La prise en charge intégrée coordonnée au sein d'un réseau opérant

◆ CSAPA avec hébergement Blannaves (30)

La PEC intégrée est pensée comme « un étayage partenarial suffisant autour de la personne » visant à prévenir les ruptures dans son parcours de soin. Le psychiatre salarié de l'association gestionnaire intervient une demi-journée par mois sur le site avec hébergement de 23 places. Ses interventions ont pour objet le repérage de troubles ou pathologies, leur évaluation, afin de poser un diagnostic et d'assurer avec le médecin addictologue et les IDE le lien avec l'équipe pluridisciplinaire du centre. Il est alors possible de proposer aux personnes ayant des comorbidités addictions/troubles psychiques un accompagnement adapté. Ce soin psychiatrique ainsi amorcé est ensuite consolidé en réseau, garantissant ainsi une forme d'unité de temps et de lieu sans qu'il y ait la présence permanente d'un psychiatre.

Le CSAPA se tourne donc vers l'extérieur pour renforcer le suivi proposé en interne :

- principalement vers les services de psychiatrie hospitaliers dont l'équipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP) qui intervient dans nos murs, des séjours de rupture au sein de services psychiatriques (en centre hospitalier ou au sein de cliniques privées), l'intervention d'associations d'usagers (GEM…) ou de familles (UNAFAM…).
- mais également vers la formation. Cette dernière permet de travailler les représentations que peuvent avoir les professionnels des troubles psychiques et les sensibiliser à la collaboration de la double approche psychiatrique et addictologique.

3.4 LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE

Bien que très adaptée aux populations ayant une problématique complexe, la prise en charge intégrée n'est pas une réponse unique et applicable partout. Elle n'est pas nécessaire pour toute prise en charge de personnes souffrant de troubles concomitants et surtout, pour un même usager, elle peut être opérante à un moment de sa trajectoire et moins à une autre. Elle n'est pas forcément indiquée pour toutes les situations et les études manquent pour affiner les indications et les types d'approches intégrées.

Le fait, par exemple, de centraliser les soins à un même endroit peut être problématique dans la mesure où cela risque de rendre « captif » des usagers d'un même lieu, mais aussi de fragiliser les équipes qui parfois n'arrivent pas à gérer à elles seules un patient très complexe. Pour travailler l'autonomie de certains, il peut être utile de penser l'articulation avec d'autres structures pour rendre la prise en charge multiple et composite sur le mode d'un case-management. Ceci permet d'inscrire les soins dans un réseau et de faire l'expérience pour l'usager que d'autres lieux existent. Il est parfois essentiel que les usagers aient plusieurs avis et qu'ils aient la liberté de pouvoir aller chercher les informations, les soins et les traitements qui leur correspondent. Certains usagers préfèrent parfois séparer leur prise en charge pour ne pas avoir à tout dire dans un même endroit. Respecter ce temps et pouvoir laisser cette liberté de choix est tout autant nécessaire. Enfin, les acteurs extérieurs au système de soins, comme par exemple les institutions sociales, pourraient être paradoxalement en difficulté si elles n'ont qu'un seul interlocuteur et qu'elles n'arrivent pas à nouer un lien avec celui-ci.

3.5 LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE À L'ÉTRANGER : L'EXEMPLE QUEBECOIS

Depuis de nombreuses années, existent au Québec des dispositifs de soins proposant une prise en charge intégrée pour les patients souffrant d'addictions et de troubles psychiques. Cette prise en charge se définit comme étant « une offre de soin intégrée à la population ayant une problématique complexe démontrant souvent une pauvre observance au traitement et une grande instabilité sur plusieurs plans. L'ensemble de la programmation clinique doit tenter d'aborder de façon simultanée les enjeux rattachés à cette double problématique par le croisement de différentes approches cliniques. »[114]

1. L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE DE TOXICOMANIES (UNIT) AU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CHUM)

La situation montréalaise est similaire à d'autres situations urbaines françaises : les systèmes de soins sont le plus souvent agencés de manières traditionnelles, c'est-à-dire par des modèles séquentiels et coordonnés. Ces modèles existants au Québec conviennent à un grand nombre de patients qui alternent d'une clinique spécialisée à l'autre. Il y a également, en miroir avec la situation française, une myriade de dispositifs de soin, de prévention et de proximité de rue qui existent à Montréal et dans la région Montréalaise. Cependant, en parallèle à l'abondance et à la grande diversité de ressources hospitalières et communautaires, certains programmes offrant des services intégrés offrent des prises en charge opérantes et innovantes.

Un programme multidisciplinaire créé en 2008 pour répondre aux besoins multiples des patients présentant une problématique psychiatrique et de toxicomanie a été mise en œuvre par le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Le programme se focalise sur le fonctionnement global et la qualité de vie du patient dans une perspective de suivi à long terme. Une équipe interdisciplinaire de professionnels

114. P.Barabé, A.Jaurun, P.Maisi., Les enjeux cliniques d'un programme intégré pour le traitement des troubles psychotiques et de toxicomanie. Le Partenaire vol. 15, n°3, hiver 2008 https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v15-n3.pdf

venant des champs de la toxicomanie et de la psychiatrie contribue aux soins des patients par une variété de groupes thérapeutiques ainsi que des interventions individuelles. L'avantage structurel est basé sur le continuum de soins grâce à l'agencement, la coordination et la collaboration étroite entre les urgences, l'unité interne, la clinique externe et les services de consultations.[115]

Les objectifs de la prise en charge intégrée du programme sont :

- La réduction des conséquences négatives immédiates
- Tenir compte de la difficulté des usagers à établir un lien avec le système de santé et leur faible adhésion au traitement
- L'attribution d'un intervenant pivot, responsable du dossier de la personne suivie
- Un accompagnement global incluant l'aide au logement, l'aide aux activités domestiques, à la gestion des finances, à la recherche d'emploi…
- Favoriser les décisions conjointes et partagées avec le patient pour favoriser l'adhésion au traitement.[116]

La prise en charge proposée est personnalisée et complexe : « une trajectoire thérapeutique qui s'établit au jour le jour selon son adéquation avec les situations que vit la personne, plutôt qu'en fonction d'un problème de substance ou d'un trouble psychiatrique. »[117]

2. ROND-POINT : UN PROGRAMME NOVATEUR POUR LES PERSONNES VIVANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE GRAVE ET D'ABUS DE SUBSTANCES, SAINT-GEORGES, QUÉBEC

Le programme débuté en 2010 à Saint-Georges, Québec, œuvre pour favoriser l'intégration sociale et améliorer la qualité de vie de personnes souffrant de troubles mentaux et de conduites addictives.
L'équipe pluridisciplinaire a mis en place un encadrement adapté de traitement et de soin de réadaptation. C'est un lieu de vie qui peut accueillir six personnes à la fois avec un hébergement qui dure entre 6 à 18 mois (selon les besoins). L'agencement thérapeutique propose également un suivi continu en externe pour poursuivre le travail amorcé et favoriser le maintien des acquis.

Le programme clinique vise le rétablissement par l'amélioration de la qualité de vie de la personne et cible :

- L'engagement au traitement
- La reconnaissance des impacts de la consommation sur le problème de santé mentale
- La stabilisation de la santé mentale
- Les changements concrets (activités de vie domestique et quotidienne, consommation, qualité de vie, amélioration de l'estime de soi)
- L'implication de membres de l'entourage tout au long du programme
- La prévention de la rechute[118]

Afin d'estimer les retombées de la participation au programme Rond-Point sur les usagers admis, une étude menée par deux chercheurs affiliés au Centre de recherche du CISSS[119] de Chaudière-Appalaches montrent :

- Une diminution du nombre de visites à l'hôpital en lien avec le trouble psychotique ou de dépendance (nombre et durée des visites aux urgences et des hospitalisations)
- Une diminution de la consommation de substances psychoactives
- Une diminution de la détresse psychologique
- Une augmentation de la qualité de vie et du bien-être psychologique des participants.[120]

115. S. Dubreucq, F. Chanut, D.Jutras-Aswad : Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise ; Santé mentale au Québec, Vol 37, Issue 1, Printemps, 2012, p.31-46

116. Ibid

117. Ibid

118. http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2017/10/03-FFerland.pdf

119. Centres intégrés de santé et de services sociaux

120. https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Interligne_Janvier_2018/L_INTERLIGNE_Janvier_2018.pdf

CHAPITRE 6
DES MODALITÉS COMPLÉMENTAIRES POUR UN ACCOMPAGNEMENT COMMUN

1. La place des pairs aidants

1. ÉTAT DES LIEUX DES PAIRS-AIDANCES

Le pair-aidant est un acteur dont la place devient de plus en plus essentielle aussi bien dans le champ de la psychiatrie que dans celui de l'addictologie. Bien que les secteurs aient des fonctionnements bien distincts, le rôle du pair-aidant converge souvent vers des modalités de participation, d'intervention et d'accompagnement similaires. Il peut aussi, suivant ses compétences et sa liberté d'action, être une personne porteuse de projets.

Il existe une diversité de pairs-aidances sur le territoire. Selon les dispositifs et les secteurs (associatifs, hospitaliers…) leurs rôles varient autant que les dénominations. Ainsi, au sein du secteur médico-social d'addictologie, on retrouve fréquemment les termes d'usager relais et de médiateur de santé pair. Cependant, les formations, les responsabilités et les missions peuvent évoluer dans un domaine aux délimitations assez floues.

Dans le domaine de la santé mentale, une définition commune est proposée par le programme québécois PAR (Pairs Aidants Réseau) qui définit la pair-aidance en ces termes : « Le pair-aidant, fait référence à un membre du personnel vivant, ou ayant vécu, un trouble de santé mentale. A partir de son expérience de la maladie et de sa compréhension de son propre processus de rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir. »

→ Histoire de pairs-aidances

On peut considérer l'origine de la pair-aidance dès la fin du XIXe siècle, avec Jean-Baptiste Pussin [121], ancien patient rétabli qui sut faire profiter à d'autres patients et à Philippe Pinel [122] son savoir expérientiel. Son engagement et son influence participeront également aux désenchaînements des malades mentaux.
C'est une première « rencontre-collaboration » réussie entre le patient devenu soignant et le médecin responsable du service de santé. Par la suite, peu d'expériences similaires suivront [123], et le concept de pair-aidant n'existera plus hors du cercle associatif. Il faudra attendre la fin du XXe siècle pour voir apparaître quelques tentatives dans le système de soin, essentiellement dans la médecine somatique, notamment pour faciliter l'éducation thérapeutique. Néanmoins, l'arrivée de l'épidémie de Sida basculera la relation patient-soignant du mode de la verticalité vers celui du savoir partagé. Pour la première fois, des patients s'affichent, en France, experts de leur maladie, revendiquent d'être reconnus et sont entendus comme tels.
Parallèlement, les créations d'associations d'usagers et d'auto-support favorisent la prise en compte des revendications des usagers. Néanmoins, à ce jour, même si les programmes officiels de santé donnent plus de pouvoir et de représentation aux usagers, la pair-aidance a toujours beaucoup de mal à émerger officiellement.
Dans le domaine des addictions, la pair-aidance débute avec la création en 1935 des Alcooliques Anonymes. Un mouvement né de la rencontre de deux alcooliques qui en partageant leur expérience enclenchent ensemble un processus de rétablissement. Il en découle un programme formalisé com-

121. Jean-Baptiste Pussin, né à Lons-le-Saunier le 29 septembre 1745 et décédé à Paris en avril 1811, à 65 ans, était un surveillant de l'asile de Bicêtre, puis de la Salpêtrière. Il secondait le docteur Philippe Pinel et joua un rôle dans l'amélioration du sort des aliénés.

122. Philippe Pinel est un savant français : médecin renommé comme aliéniste précurseur de la psychiatrie et accessoirement zoologiste. Il œuvre pour l'abolition de l'entrave des malades mentaux par des chaînes et, plus généralement, pour l'humanisation de leur traitement. Il travailla notamment à l'hôpital Bicêtre.

123. À l'exception de celles, très radicales, menées en lien avec le mouvement antipsychiatrique des années 1970, où l'approche communautaire reposait précisément sur une relation horizontale entre « soignants » et « soignés ».

prenant entre autres des réunions de partage. Une méthode qui inspire, au fil des décennies, une multitude d'associations de soutien et de groupes de parole. Ce processus d'entraide, tout en restant dans le milieu associatif, s'étend à toutes les formes d'addiction et investit aussi la santé mentale[124]. Les pays ayant une tradition de « *self-help* » et de « *peer-support* », tels que les Etats-Unis, et plus particulièrement la Géorgie et la Caroline du Sud, sont les premiers à expérimenter l'intégration de pairs aidants salariés dans des unités de soin.

À partir de ces expériences réussies, l'Association nationale des directeurs de programmes d'États pour la santé mentale (*National Association of State Mental Health Program Director*) reconnait officiellement en 1989 la contribution unique des pairs-aidants et accepte de financer pour la première fois des programmes d'embauche d'usagers en santé mentale. Cette pratique se développe et s'étend à divers pays dont le Canada, où une formation officielle voit le jour. Elle revient en France tardivement car ce n'est seulement que depuis quelques années que cette pratique voit le jour officiellement.

Aujourd'hui, il existe une diversité de pairs-aidances sur notre territoire, selon les dispositifs et les secteurs (associatifs, hospitaliers…) leurs rôles varient autant que les dénominations. Basées sur le savoir expérientiel, elles ne peuvent répondre à une unique fiche de poste. La dénomination du poste au sein des structures semblant plus une affaire de choix des recruteurs, que d'une définition précise de l'emploi occupé.

Ainsi, au sein du secteur médico-social d'addictologie, on trouve fréquemment les termes d'usager relais, de pair aidant, de travailleur pair, de pair bénévole, de patient expert, de patient-auxiliaire, de patient-référent, de travailleur pair, de travailleur social, etc…
De même : les statuts (bénévolat, insertion, CDI…), les formations, les responsabilités et les missions peuvent évoluer d'une désignation à l'autre, et d'un établissement à l'autre.
Des dénominations différentes peuvent définir le même emploi, comme différents emplois peuvent être qualifiés du même nom.

Pour cela, il demeure difficile de définir les diverses catégories qui composent aujourd'hui la Pair aidance.

Néanmoins, plusieurs groupes et sous-groupes semblent se détacher en fonction de divers critères :

- Le statut : les intervenants pairs au sens large (bénévoles, bénéficiant d'une indemnité) et les pairs salariés (ayant un contrat de travail).
- La formation : aucune formation, une en interne (dans le service recruteur), D.U., D.E.S.I.U. …
- La structure d'accueil, le mode d'intervention : au sein d'associations, mouvements d'auto support, programmes spécifiques (un chez-soi d'abord), unités de soin (hôpitaux, centres de soins), équipe volantes…

→ **Jean-Pierre Julien**
Médiateur de santé pair,
Hôpitaux de Saint-Maurice
Fondateur de l'association Acte Libre

2. QUELS CADRES DE TRAVAIL DES PAIRS-AIDANTS ?

La formalisation du savoir expérientiel enclenche généralement de vives discussions entre les acteurs. En effet, un point de vigilance est fréquemment souligné : attention à ne pas réduire le pair-aidant à une demande d'abstinence ou encore à préformer une pratique basée sur un modèle professionnel figé. Le fait que le pair-aidant apporte une plus-value à l'équipe est un atout qui prend tout son sens si le pair-aidant reste libre d'accompagner et d'intervenir auprès des usagers sans qu'une modélisation d'intervention lui soit imposée. L'utilisation d'un vécu et d'un savoir expérientiel comme d'un outil à l'accompagnement et au rétablissement de l'usager ne doit donc pas être préformée.

Le travail du pair-aidant s'inscrit suivant les spécificités du savoir expérientiel tel que l'a mentionné le rapport final de l'expérimentation du Programme médiateur de santé pair[125] :

- Une réduction de la distance thérapeutique
- Un bilinguisme, en parlant à la fois la langue du patient et celle du soignant/accompagnant
- Une identification réciproque qui peut donner de l'espoir au patient pour son rétablissement.

Le pair-aidant intervient à n'importe quel moment du parcours de soin de la personne. Il est sollicité par les professionnels ou par les patients en individuel. Néanmoins, ses pratiques restent encadrées, elles ne devraient pas entrer en conflit ou en opposition avec des responsables ou des membres de son équipe.

124. Les « communautés thérapeutiques » fondées sur le modèle AA ne limitaient pas leur projet à la seule dimension addictive mais visaient à une véritable renaissance du sujet aussi bien au plan psychologique que relationnel ou social.

125. http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

Son intervention est portée sur un principe d'accompagnement et d'écoute et intervient soit de manière ponctuelle, en entretien ou en suivi au long cours. Le pair aidant accompagne principalement dans le processus de rétablissement en santé mentale et en addictologie. Il intervient en parallèle du suivi des soignants et permet en outre de sortir du cadre d'intervention balisé du soignant :

- Il peut intervenir hors les murs (par exemple, accompagner l'usager à des rendez-vous)
- Il apporte une autre perspective, un point de vue qu'est sa vision de l'expérience à l'équipe
- Il a une souplesse qui fait qu'il a une place privilégiée du côté de l'usager.
- Il a une liberté d'intervention si son cadre d'intervention n'est pas préformé par rapport aux pratiques professionnelles préexistantes.
- Il est cependant un « usager rétabli ». Son cadre de travail doit donc rester adapté à son besoin et à son parcours de rétablissement, qui sera déterminé par lui-même.

Selon les professionnels, la présence d'un médiateur de santé pair dans l'équipe a un impact avantageux et positif. Le pair aidant permet de repenser et d'apporter des solutions nouvelles aux professionnels notamment en partageant son vécu et en apportant une vision enrichissante à l'équipe. Le pair aidant est également un médiateur dans le sens où il peut apporter un équilibre relationnel et intervenir lorsqu'il y a, par exemple, des conflits entre un professionnel et un usager.

Pour l'équipe d'**Un chez soi d'abord (75),** le pair aidant est celui qui a une expérience personnelle avec des troubles psychiques et qui partage cette expérience. Il peut alors mener un dialogue et permettre une relation différente que celle des autres membres de l'équipe. Le travail et les visites à domicile se font en binôme au sein d'une équipe pluridisciplinaire afin **d'apporter un équilibre, une autre vision de l'expérience à l'équipe,** et **de proposer une aide plurielle au locataire.**

◆ Ce que pensent les patients …

Au cours de l'élaboration de ce guide, une journée d'échanges thématique a été proposée auprès des patients des hôpitaux de Saint-Maurice qui nous ont donné un éclairage sur ce qu'était, pour eux, le rôle d'un pair aidant.

- La parole semble facilitée, plus franche et directe avec le pair-aidant qui peut se traduire par le fait d'une réciprocité et d'une plus grande facilité à dire les choses telles qu'elles sont vécues :

  « On se sent plus libre de dire les choses, ce n'est pas le même contact, on est beaucoup plus proche et la barrière est plus fine, l'entente n'est pas la même et le rapport est plus proche et plus libre. »
- L'aspect fraternel et familial a été évoqué comme résultant d'une forte identification et réciprocité : « c'est comme un lien père-fils, une figure qui est toujours là, dont on sait qu'on peut compter sur. »
- Un tuteur de résilience qui apparaît également nécessaire dans un parcours de vie et de soin qui est souvent vécu en dents de scie par les usagers. Le fait de sortir du cadre de soin peut être vécu comme une respiration : « Il nous structure la vie, c'est comme une boussole pour guérir parce qu'on sort du cadre du soin au sens strict, avec le pair-aidant on s'amuse, on apprend… »

3. FORMATIONS ET PERSPECTIVES

Un programme expérimental a vu le jour en 2011, porté par le Ministère de la Santé, l'ARS et l'Université Paris VIII. Ce programme, piloté par le CCOMS (centre collaborateur OMS pour la santé mentale à Lille) a eu pour objectif de former des médiateurs de santé pairs.
Un programme proposé en deux temps dont la première phase sur une année consiste en une formation universitaire, un DU « médiateur de santé-pair » proposé par Paris 8. Une deuxième phase pratique d'intégration est ensuite prévue lors de la deuxième année.

En 2012, 29 médiateurs de santé - pairs-aidants ont été recrutés sur trois régions : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et la région PACA. Avec un CDD (renouvelable), et intégrés dans quinze services de psychiatrie publique. Initialement l'expérimentation consistait à placer des binômes de médiateurs de santé pairs par structure.
Cependant, l'intégration de ces MSP progresse mais reste encore difficile au sein des équipes. Les contours de la reconnaissance de ce métier se formalise même si les perspectives d'évolution restent encore à consolider. Aussi, aujourd'hui, des 29 pairs-aidants recrutés en 2014, seule la moitié est restée en poste.

En 2018, une deuxième vague de médiateurs de santé-pairs a initié sa formation à l'Université Paris 13 (en partenariat avec le CCOMS de Lille) et sera diplômée à la fin de l'année 2019. Un nouveau diplôme, une licence professionnelle devrait cette fois-ci leur permettre d'avoir une meilleure reconnaissance et favoriser une meilleure intégration parmi les équipes soignantes. Le programme de formation va se poursuivre en 2019 avec la participation active des médiateurs de santé pairs dans l'équipe d'enseignant.

D'autres formations et diplômes existent sur le territoire, certaines sont proposées par les structures elles-mêmes. D'autres structures intègrent également un pair aidant dans l'équipe sans que ce dernier n'ait de formation préalable. C'est le cas par exemple d'**un chez soi d'abord** où l'intégration d'un pair-aidant ayant eu une formation est souhaitable, mais pas obligatoire. Le recrutement porte essentiellement sur un entretien avec deux membres de l'équipe.

Des structures et des établissements en santé mentale recrutent également et forment parfois des pairs-aidants[126]:

- **Médecins du Monde** a recruté en 2011 un pair-aidant dans le cadre d'une mission de santé mentale communautaire.
- **Le laboratoire de recherche de Maison Blanche** (équipe de Tim Greacen, très impliquée sur les processus favorisant le rétablissement et l'*empowerment* des usagers) a un travailleur pair dans son service, qui est aussi formateur et conférencier.
- Le **SAMSAH Prepsy** travaille également avec un médiateur de santé qui s'appuie sur son expérience personnelle de la maladie psychique pour accompagner les usagers au sein de la structure médico-sociale.
- Les associations d'usagers telles que le **Réseau français des entendeurs de voix** (REV), l'association **ActeLibre** (Paris) ou encore **Toutes Voiles Dehors** (Toulouse) favorisent la pair-aidance et la participation et l'animation de groupe par les usagers. Le **Wellness Recovery Action Plan** (WRAP) est également un outil porté par les usagers et construit par eux.

Des médiateurs de santé pair interviennent également au **centre ressource de réhabilitation psychosociale.**[127] Celui-ci a, entre autres, mis en place un observatoire du rétablissement destiné à faire évoluer les structures de santé mentale françaises grâce à une évaluation des pratiques des équipes (auto-évaluation et hétéro-évaluation par les usagers).

Les pairs-aidants ont également une importante place à occuper dans l'enseignement (formation initiale et formation continue). Un projet de DU « Pair aidance en santé mentale » a d'ailleurs été déposé à l'université Claude Bernard à Lyon par le Professeur Nicolas Franck dont l'enseignement pourrait commencer l'automne prochain.

Enfin, il faut souligner que les médiateurs de santé pairs rencontrent bien souvent un véritable problème d'adéquation entre leur poste et l'intitulé de celui-ci. Cette inadéquation dans le contrat de travail n'est pas totalement réglée tant en CSAPA (selon la position des ARS) qu'à l'hôpital. Par exemple, un accueillant salarié dans un CSAPA pourra avoir un poste d'« ouvrier professionnel qualifié ». Les médiateurs de santé pairs qui travaillent en milieu hospitalier exercent leurs missions sous l'intitulé d'« adjoint agent administratif ». Une inadéquation qui pose donc une véritable question quant à la reconnaissance de leurs missions au sein de l'institution ainsi que leur place parmi les professionnels avec lesquels ils travaillent. La perspective serait donc d'en faire une nouvelle profession de santé (projet du CCOMS de Lille).

4. DES EXEMPLES DE PAIR-AIDANCES

Des exemples détaillés ci-dessous illustrent les différentes formes que prennent la pair-aidance dans les institutions :

• Usager relais et Médiateur de Santé Pair ou Usager formateur

Au **CSAPA-CAARUD La Rose des Vents** de l'association Oppelia, l'usager relais est un bénévole qui ne fait pas partie de l'équipe professionnelle dans le sens où il ne participe pas aux réunions d'équipe. Il tient un rôle d'accompagnant dont les missions sont d'apporter un soutien à l'équipe dans la médiation et de proposer un accompagnement et un accueil axé vers la réciprocité des usagers. L'usager relai peut aussi être présent sur un projet mis en place par lui-même ou un autre usager relai (atelier informatique, cuisine, etc…) Le CAARUD La Rose des Vents a également embauché un médiateur de santé pair. Celui-ci est un professionnel formé par Oppelia dont la formation couvre les questions de réduction des risques, des savoirs expérientiels, la gestion des conflits. Le médiateur de santé pair enrichit ici l'équipe en amenant des solutions nouvelles aux professionnels en partageant son vécu. Le médiateur santé pair participe aux réunions comme tous les professionnels.

126. Ces éléments ont été puisés sur le site : https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/les-pairs-aidants/les-mediateurs-de-sante-pairs-en-france/

127. https://centre-ressource-rehabilitation.org

• Patients-experts

Les professionnels de **l'hôpital Beaujon et de Bichat** travaillent coude-à-coude avec des patients-experts de l'association **(APEA : association des patients experts en addictologie)**. Ces anciens patients ont eu une formation spécifique proposée par l'APHP avant d'intégrer l'APEA et d'intervenir bénévolement en milieu hospitalier. La formation propose des modules théoriques et des stages pratiques en addictologie. À l'inverse du médiateur de santé pair évoqué ci-dessus, le patient-expert doit remplir des prérequis pour intervenir auprès des patients. Une formalisation et une professionnalisation du savoir expérientiel dont les prérequis constituent plusieurs exigences. Pour postuler au poste du patient-expert il faut avoir :

- été dépendant et avoir bénéficié de soins addictologiques.
- deux ans d'abstinence minimum
- une bonne qualité de vie (selon une échelle)
- une insertion sociale satisfaisante (avec un + si expérience éventuelle dans le bénévolat)
- une supervision individuelle et collective.

• Médiateur de Santé Pair

Le pôle Paris 11 des hôpitaux de Saint Maurice a recruté un Médiateur de Santé Pair dès la première expérimentation mise en place par le CCOMS en 2012. Après une formation en alternance, délivrée par PARIS VIII en partie calquée sur le modèle canadien, il travaille en intra, sur le centre de jour et sur le CATTP avec l'équipe de réhabilitation. Son savoir expérientiel et la formation lui permettent d'intervenir :

- Dans le domaine des addictions, dans l'accompagnement de patients et dans la prévention des risques liés aux produits modifiant le comportement
- En santé mentale, dans l'accompagnement de patients en sortie d'hospitalisation vers un processus de rétablissement
- En proposant des programmes d'initiation et de formation aux outils numériques : ordinateurs, smartphones.
- Il bénéficie d'un contrat de travail et d'un CDI.[128]

128. On notera cependant la fréquente inadéquation entre le poste du médiateur de santé pair et l'intitulé du poste sur son contrat de travail qui ne correspond bien souvent pas aux missions qui lui sont confiées.

Le CSAPA Kairos (78) est un CSAPA résidentiel collectif qui embauche des médiateurs de santé pair. Ceux-ci participent activement à l'organisation générale de la structure et prenant part au travail thérapeutique auprès des usagers. Les médiateurs de santé pair proposent des ateliers spécifiques et apportent une réflexion supplémentaire à l'équipe.

Ayant constaté une véritable plus-value du travail des médiateurs de santé pair dans le cadre de l'accompagnement individuel en amont et aval du séjour, l'objectif du CSAPA est de développer la coopération avec les médiateurs de santé pairs et d'envisager une offre d'accompagnement par des anciens patients.

www.oppelia.fr

Le CEIIS (46) regroupe une pluralité de structures sociales et médico-sociales (CSAPA, CAARUD, CTR, CJC, CHRS, CADA…). La structure travaille depuis plusieurs années avec des médiateurs de santé pairs (MSP) qui se relayent d'un dispositif à l'autre au sein de l'association.
Ils sont formés par la structure au sein d'un dispositif-collectif composé de MSP salariés, de MSP bénévoles et de référents. Les référents sont des travailleurs sociaux qui communiquent et soutiennent les MSP dans leurs interventions au sein de leur structure. La formation interne vise le développement d'une professionnalité atypique des MSP basée sur le partage des savoirs expérientiels auprès des publics et des professionnels. La professionnalisation s'opère sur un groupe d'analyse des pratiques (GAP) qui réunit mensuellement le dispositif-collectif de MSP et de référents. Ils questionnent ensemble le rôle, la place et la posture des MSP, le rôle du référent, l'accompagnement, l'éthique…
Les missions des MSP prennent plusieurs formes.

- Ils co-animent des collectifs participatifs (groupes de parole libre) avec les usagers sur les différents dispositifs de l'association.
- Ils participent aux réunions d'équipe pluridisciplinaire et aux formations internes proposées par l'association.
- Ils interviennent sur des maraudes, sur des accompagnements individuels, sur le milieu festif, ainsi que dans d'autres associations.

www.ceiis.fr

2. L'approche par le rétablissement

1. UNE HISTOIRE DU RÉTABLISSEMENT

Le rétablissement est un mouvement qui remonte aux années 1990. C'est un concept issu des Etats-Unis qui émerge à l'initiative des usagers et de leurs familles en réaction aux mauvaises expériences vécues avec les services de santé mentale. L'approche par le rétablissement se diffuse ensuite progressivement dans un contexte où les mouvements sociaux, les associations d'activistes prônent l'injonction d'une responsabilité individuelle et de l'autonomie.
Initialement issue du secteur de la santé mentale, l'approche par le rétablissement interroge les fondements de la prise en charge, le positionnement des acteurs de soin, et la prise en compte des connaissances et du savoir expérientiel des usagers. Ainsi, selon Emmanuelle Jouet[129], « le "rétablissement" peut apparaître comme une démarche de valorisation et d'auto-validation des acquis de l'expérience des troubles chroniques. Celle-ci permet au patient de développer son pouvoir d'agir et de construire les moyens de s'engager au mieux dans un nouveau régime de vie, avec ses troubles, dans l'auto-formation. » (2016)[130]

Selon les professionnels, le rétablissement c'est :

- Une approche individualisée dans le but de redonner du pouvoir d'agir au patient, qu'il s'empare de son parcours de soin, et devienne un acteur décisionnel.
- Une démarche qui valorise les connaissances de l'usager et ses compétences pour se décaler du symptôme et du diagnostic figé.
- Une volonté de mettre en avant « la grande santé », c'est-à-dire remettre du mouvement et de l'équilibre tout en étant conscient que le parcours est un processus non linéaire et qu'il n'est pas synonyme de guérison clinique.
- Ne pas juste regarder les limites mais le champ de possibilités autour d'une problématique. (Patricia Deegan)

Selon Broadman[131], plusieurs facteurs sont essentiels au rétablissement :

- **L'espoir,** c'est-à-dire entrevoir et espérer la possibilité d'un avenir meilleur
- **La responsabilisation,** reprendre sa vie en charge, prendre ses propres décisions, régler ses propres problèmes, s'occuper de sa vie et de son avenir.
- **L'inclusion** et avoir la possibilité de faire partie de la société et d'y contribuer, se donner les moyens d'accéder aux possibilités offertes par la société et d'y prendre part
- **Un plaidoyer :** être en mesure de se faire entendre, pouvoir représenter ses intérêts et parler en son propre nom
- **Le soutien** nécessaire et la possibilité de développer un réseau auprès des soignants, des proches, des pairs, au sein duquel il pourra recevoir et proposer du soutien
- **L'*empowerment,*** c'est-à-dire reprendre le pouvoir sur sa vie, développer des connaissances sur les troubles, ses droits, son traitement, afin de développer son autonomie.[132]

2. L'INSERTION AU SERVICE DU RÉTABLISSEMENT

Le concept de rétablissement est transversal et se retrouve également en addictologie.
Une base mutuelle qui permet notamment de créer des ponts autour d'une approche commune. En effet, si on explore les pistes des leviers du rétablissement en santé mentale et en addictologie, on observe des points de contact tels que l'idée selon laquelle le « vivre mieux » est un chemin long et complexe et qu'il ne mène pas nécessairement à la guérison.

Le professionnel n'est plus l'acteur principal dans l'élaboration du parcours de soin. Il ne peut être acteur du rétablissement, mais il peut participer à l'orienter, l'accompagner et à le favoriser. Il est un instrument, un outil et une boussole dont l'usager peut s'emparer pour avancer. Il peut aussi contribuer à l'*empowerment* de la personne. Par exemple, le professionnel peut aider, avec le soutien de l'institution à apporter, au-delà du conseil ou de la

129. Emmanuelle Jouet est chercheuse au laboratoire de recherche de psychiatrie sociale, Etablissement public de santé Maison Blanche Paris (EPS MB).

130. Jouet, Emmanuelle. « L'approche fondée sur le rétablissement : éducation diffuse et santé mentale », Le Télémaque, vol. 49, no. 1, 2016, pp. 111-124.

131. Jed Boardman et al. « Social Inclusion and Mental Health » RCPSYCH Publications (2010)

132. http://www.crehpsy-pl.fr/files/00/01/14/00011410-2d210846df23f3ea4a280f58c090b65e/alainkarinthi-intervention.pdf - (p.13)

méthode, plutôt un regard sur le processus du patient. Le professionnel peut également proposer de refaire l'évaluation du patient pour ouvrir d'autres portes, notamment en questionnant le rapport au corps et à la création dans l'élaboration du projet de soin.

Des pistes pour aller plus loin…

- → Travailler sur sa propre posture en tant que professionnel, se focaliser sur le processus de transformation de l'usager en se détachant du symptôme et du diagnostic.
- → Se former aux TCC[133] pour consolider la prise en charge intégrative et comprendre les souhaits de réhabilitation personnels du patient.
- → Participer à des groupes de réflexions autour de thématiques rassemblant professionnels, représentants d'usagers et les familles d'usagers. Les regards croisés permettent une meilleure compréhension des parcours de soin possibles.
- → S'ouvrir vers les sciences humaines et sociales, notamment en travaillant avec des philosophes et des anthropologues pour introduire des questions relatives à la spiritualité, aux questions de l'existence et au sens.[134]

Des outils tels que la **politique du logement d'abord** ou encore ceux relatifs à **la réinsertion par le travail** sont des socles importants au rétablissement sur lesquels le professionnel pourra s'appuyer.
La **réhabilitation psychosociale,** destinée à renforcer les capacités des personnes afin de favoriser leur rétablissement est une approche importante dans l'accompagnement au rétablissement. Parmi ses outils, on retient notamment la remédiation cognitive, les TCC, l'éducation thérapeutique/la psychoéducation, certaines thérapies psychocorporelles, l'accompagnement vers l'emploi…[135]

- OUTIL 1 : L'accompagnent vers le travail, l'insertion sociale et citoyenne

◆ Travail Alternatif Payé à La Journée (TAPAJ) Association TAPAJ France

TAPAJ est un dispositif d'insertion spécifique, un outil de RDR et de seuil adapté permettant aux jeunes en errance d'être rémunérés en fin de journée, pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualification ou d'expérience professionnelle particulière et ne les engage pas dans la durée. TAPAJ apporte en cela une réponse adaptée aux jeunes en errance que leurs problématiques psychologiques et sociales tiennent éloignés des dispositifs de droit commun. Le programme permet une démarche d'accompagnement visant, à terme, l'autonomie du jeune.

L'association repose sur une dynamique partenariale forte, entre associations, institutions, élus locaux et monde de l'entreprise.
En 2018, l'association compte plus de 18 villes françaises qui se sont engagées auprès de l'association.
TAPAJ France a pour objectif de :

- Donner du pouvoir d'agir en proposant du travail
- Proposer une approche globale de RDR axé sur les forces des personnes
- Offrir des moyens concrets à la réappropriation des capacités de la personne
- Permettre à la personne d'être un acteur social, responsable « capable, et non coupable » comme le souligne Serge Brochu[136]
- Mettre la personne en situation de succès et de réussite à la mesure de ce qui est important pour elle
- Proposer à l'usager d'être un acteur actif à sa prise en charge.

Pour plus d'information : **http://www.tapaj.org**

133. Thérapie comportementale et cognitive (TCC. Une TCC est une thérapie brève, validée scientifiquement qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements.

134. ADDIPSY (Lyon) est un centre d'accueil ambulatoire pour des patients souffrant d'addiction et/ou de troubles qui travaille étroitement avec un philosophe. Une unité de réhabilitation à trois composantes : le soin, la formation/enseignement et la recherche.

135. N.Franck., Traité de réhabilitation psychosociale, Elsevier-Masson, 2018.

136. Serge Brochu est professeur Emérite à l'école de criminologie de l'Université de Montréal.

- OUTIL 2 : L'emploi accompagné

◆ Les *Clubhouses*

Le *Clubhouse* est un lieu d'entraide et d'activités de jour à destination de personnes en souffrance psychique. C'est une association qui regroupe des membres adhérents, qui se retrouvent entre pairs pour échanger et s'entraider. L'association n'est pas un lieu d'emploi mais fonctionne davantage comme une passerelle. L'association, dont le fonctionnement est collectif et en co-gestion a pour objectif de couper de l'isolement.
L'objectif est de travailler sur la confiance en soi, la redécouverte de ses propres compétences, de permettre une ouverture sur un projet de vie, de se projeter et aussi de mettre en œuvre un projet professionnel. L'objectif est de travailler sur l'implication des citoyens et de travailler l'entraide entre pairs et les membres de l'association. Il y a donc un rôle de transmission important pour le collectif.

Le *Clubhouse* intervient également auprès des entreprises dans le but de lutter contre les idées reçues et de changer leur regard sur les personnes ayant des troubles psychiques.

En outre, le *Clubhouse* se déplace au sein des entreprises pour dé-stigmatiser le handicap psychique. Leur objectif est de montrer aux entreprises que la personne souffrant de troubles mentaux peut apporter une plus-value à l'entreprise. De l'autre côté, il s'agit également et surtout d'accompagner les personnes vers un emploi accompagné. En ce sens, le *Clubhouse* fonctionne comme une passerelle.

Le premier *Clubhouse* a été créé initialement par des patients de l'hôpital psychiatrique de New York City qui se retrouvaient pour s'entraider. Une action a ensuite été mise au point et développée en Europe. À ce jour, il en existe trois en France : à Paris, à Lyon et à Bordeaux.

Pour en savoir davantage :
https://www.clubhousefrance.org

- OUTIL 3 : L'accompagnement par le logement

◆ Un chez soi d'abord : un programme expérimental en expansion

Un programme qui propose un logement aux personnes souffrant de troubles psychiatriques et qui sont en situation de grande précarité. Celui-ci est couplé d'un accompagnement soutenu par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire et de travailleurs de santé pairs qui jouent un rôle important par leurs expériences en matière de rétablissement.
Il n'y a pas de limitation dans la durée de prise en charge, ce qui facilite les premiers contacts et l'alliance thérapeutique. L'équipe propose un accompagnement adapté et qui se fait au pas à pas avec la personne autant que besoin.
Un chez soi d'abord part du principe que le logement peut être un point de départ au parcours de rétablissement de l'usager. La question d'habiter devient un élément central et repérant pour la personne, qui aura le choix de se référer à cet espace qui lui est dédié pour construire sa réhabilitation au sein de la société.

Les critères d'admission sont :
- Être sans-abri ou sans-logement au moment de l'intégration
- Présenter un trouble psychiatrique sévère
- Présenter des besoins élevés
- Être en demande d'intégrer le dispositif et d'être logé [137]
- Être éligible pour avoir des papiers de citoyenneté.

Un chez soi d'abord se développe :
Une première expérimentation du programme a été effectuée pendant quatre ans dans quatre agglomérations (Marseille, Toulouse, Lille et Paris) et le programme s'est révélé efficace et concluant.
Il permet une baisse des symptômes, une réduction de moitié des durées d'hospitalisation, une meilleure inclusion sociale et une plus grande autonomie des personnes. Selon le Ministère de la Cohésion des Territoires, 16 nouveaux sites vont être mis en place au cours de prochaines années pour atteindre un objectif de 2 000 places ouvertes à des personnes en situation de grande précarité. [138]

137. Selon le cahier des charges national « Un Chez-soi d'abord » - dihal

138. http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/reinsertion-par-le-logement-le-dispositif-innovant-un-chez-soi-d-abord-etendu-a-l-ensemble-du-territoire

À noter :
À Marseille, une formation au rétablissement dédiée aux équipes d'accompagnement médico-sociale de toute structure (CSAPA, CMP, CAARUD, services hospitaliers, EHPAD…) est menée par le psychiatre et deux travailleurs de santé pairs de l'équipe « Un chez soi d'abord ».

• OUTIL 4 : Les ateliers thérapeutiques

◆ Atelier Hubert Mignot EPS Maison Blanche

Dans le but de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques, l'atelier a pour but de développer les capacités d'autonomie des personnes et de leur permettre d'acquérir des connaissances transférables. L'atelier est un chantier d'insertion avec des projets en cours d'évolution. On y réalise des travaux de conditionnement pour des clients extérieurs.
Axé sur la médiation thérapeutique, le programme d'art thérapie offre en complément un support au processus de rétablissement des personnes. En travaillant sur la libre expression des émotions par le biais des arts plastiques, l'atelier organise également des groupes de parole sur la colère, l'injustice, la souffrance ou encore la stigmatisation.
L'équipe travaille étroitement avec des partenaires psychiatriques.

◆ GEM ArtAme Gallery

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont des associations destinées à favoriser la réinsertion sociale en proposant un espace où les adhérents peuvent se retrouver et sortir de leur isolement. Ils reposent sur les principes de pair-aidance. Les GEM sont portés par leurs adhérents sans la présence d'une équipe soignante, afin de responsabiliser les adhérents, de se retrouver et d'organiser des activités et créer des liens.

Associé à l'UNAFAM et reconnu GEM, l'ArtAme Gallery est un espace de création destiné aux personnes vivant avec de troubles psychiques. C'est un espace de création individuel et collectif ouvert à tout type de support de création.

Pour plus d'information :
http://artamegallery.com/association/

• OUTIL 5 : Les association d'usagers

◆ Acte Libre (75)

Acte Libre

Partager le savoir expérientiel pour favoriser le processus de rétablissement

"L'acte libre est celui dans lequel je suis tout entier engagé" Henri Bergson (1859-1941)

L'Association «Acte Libre» part du postulat que quelles que soient les addictions ou les pathologies psychiatriques, les bonnes pratiques issues de l'expérience peuvent aider toute personne en voie de rétablissement.

Pour favoriser cette approche, l'association propose :
- → D'éclairer, si elle le désire, toute personne vivant avec une pathologie mentale ou d'une addiction sur les possibilités de mise en place d'un processus de rétablissement.
- → De favoriser tout programme, toute information sur : l'*empowerment*, le mieux-être, le rétablissement et la prévention sur les risques liés aux addictions.
- → De développer des partenariats, de collaborer avec des acteurs ou des réseaux complémentaires de ses actions, de ses objectifs et en accord avec ses valeurs.
- → D'organiser des stages de prévention, des réunions d'information sur les risques liés aux addictions.
- → De développer la communication autour de l'accompagnement et la démarche de rétablissement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.
- → D'organiser des réunions témoignages et d'échanges autour des bonnes pratiques issues du savoir expérientiel.
- → D'organiser des groupes de paroles, autour d'un programme de rétablissement et de mieux être, issu du savoir expérientiel.

L'équipe active est composée :
1. De personnes bénéficiant d'un fort "savoir expérientiel",
2. De personnes diplômées en alcoologie, en addictologie et psychiatrie.
3. De Médiateurs de Santé Pair.
4. De personnes en activité dans des hôpitaux psychiatriques parisiens.

Des réunions mensuelles accompagnées d'un témoignage :

- Les entendeurs de voix donnent rdv à leurs voix – 28 février 2018
- Et Paolo se remit à la peinture – 25 avril 2018
- Le théâtre d'improvisation, source de mieux-être – 28 mars 2018
- Déprimer puis s'en sortir enfin – 30 mars 2018
- La spiritualité et le processus de rétablissement – 26 juin 2018

À venir…

Un groupe de parole mensuel autour d'un programme de rétablissement et de mieux-être issu du savoir expérientiel.

www.actelibre.org

◆ Toutes Voiles Dehors (31)

Créée à l'initiative d'un psychiatre et d'une usagère, Toutes Voiles Dehors est une association d'usagers de la psychiatrie située à Toulouse qui s'est développée spécifiquement autour du concept du rétablissement.

Son objectif est triple :

1. Créer du lien pour sortir de la solitude
2. Faire valoir la parole des usagers
3. Sensibiliser les professionnels de la psychiatrie et le grand public

L'association part du constat que la stigmatisation et l'infantilisation des soignants réduisent trop souvent les usagers à des symptômes. L'association a donc été créée comme étant un point de rencontre pour les usagers, privilégiant ainsi des liens horizontaux. À cet effet, elle agit sur les mêmes principes que le Club House. L'association organise également des rencontres entre les usagers et des internes de la psychiatrie dans le but de susciter les échanges autour d'un thème choisi. Elle organise aussi des Trialogues, rencontres entre usagers, proches et soignants sur le même principe.

Si l'association s'adresse majoritairement aux usagers de la psychiatrie, certains adhérents ont des problématiques multiples, cumulant des addictions, notamment au cannabis, à l'alcool et aux médicaments.

http://toutesvoilesdehors31.free.fr

• OUTIL 6 : Les structures de réhabilitation psychosociale

◆ SUR-CL3R (69)

Le centre référent de Lyon est un service de soin, d'enseignement et de recherche qui dépend du CH le Vinatier (pôle centre). Son objectif est de favoriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Il accompagne l'usager tout au long de son parcours de rétablissement, vers une insertion sociale et/ou professionnelle, et propose un accompagnement personnalisé.

Son médecin responsable est le Professeur Nicolas Franck.

Il intervient dans le cadre d'un dispositif régional labellisé par l'ARS, son territoire de santé couvre l'Ain, le Rhône et l'ouest de l'Isère

MISSIONS / OBJECTIFS

Sur la base du cahier des charges des centres référents de réhabilitation, les missions du SUR-CL3R sont :

Du point de vue des usagers, il s'agit notamment :

- De permettre une prise de conscience des ressources personnelles
- De les aider à construire leur propre plan de rétablissement
- De leur proposer une prise en charge individualisée
- Et de les accompagner dans leur projet : lien social, remise au travail, logement, autonomie, etc.

Parallèlement, le centre référent travaille également pour :

- La recherche thérapeutique : développement de nouveaux outils d'évaluation et thérapeutiques
- L'enseignement : enseignement de la psychiatrie et en particulier de la réhabilitation psychosociale
- L'appui aux centres de proximité.

Le SUR-CL3R fait partie du réseau « Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. [139]

139. D'autres structures similaires sur le territoire peuvent être trouvées sur les sites web : www.centre-ressource-rehabilitation.org et www.remediation-cognitive.org.

Lien avec les travaux du Centre de preuves

→ Comment améliorer le parcours de santé des personnes souffrant de conduites addictives ?

Le Centre de Preuve en Psychiatrie et Santé Mentale nous a confié la tâche de répondre à la question de l'amélioration du parcours de santé des personnes souffrant de conduites addictives au moyen des éléments de preuve retrouvés dans la littérature scientifique.

Le traitement de l'addiction, maladie chronique et récidivante, a abandonné sur le plan conceptuel l'approche par produit au profit d'une **approche plus globale, centrée sur la personne** et favorisant le **rétablissement** (concept qui a bouleversé la position soignante mettant en avant les connaissances et le savoir expérientiel des patients). Au regard des disparités territoriales, sociales et des dispositifs de soins addictologiques en place, la notion de **parcours** aujourd'hui privilégiée, permet de considérer l'organisation des soins non plus à partir d'un système de santé raisonnant en secteur (ville, hôpital, médicosocial) mais d'un dispositif de santé prônant une prise en charge globale, structurée, continue et adaptée des patients au plus près de chez eux à un moment donné, avec une évolution graduée en fonction de leur gravité/complexité face à une offre de soins diversifiée.

L'analyse de la littérature rapporte des résultats principalement axés sur le soin médical qui n'est - rappelons-le - qu'une partie de l'accompagnement vers une réhabilitation globale de la personne. Elle retrouve que l'amélioration du parcours de santé passe en premier lieu par **l'amélioration de l'offre de soins,** par **l'amélioration des soins en eux-mêmes** mais également par **la réduction du temps d'attente** entre le premier contact et la mise en place du traitement, par la **diminution des absences** aux rendez-vous, par l'**augmentation du nombre d'admissions** dans un protocole de soins et par la **rétention dans les soins.**

Mais le changement de paradigme majeur de la médecine addictologique a été sans conteste l'apport de la **réduction des risques et des dommages** (RDRD). Cette vision moderne de l'abord du patient souffrant de conduites addictives nous a rappelé aux objectifs centraux de l'addictologie moderne en ce que la modification de consommation ne pouvait prendre le pas sur la réhabilitation de chaque individu. La RDRD a clairement démontré son efficacité quelle que soit la substance étudiée. Et malgré des niveaux de preuve faible aux regards des gold standard de la recherche, l'évolution des grandes épidémies virales liées aux comportements addictifs est aujourd'hui mieux contenue, même si beaucoup reste à faire.

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) ont eu des débuts difficiles et leur expérimentation n'a pas été couronnée de succès, et ce malgré l'intuition de leur intérêt en soins primaires. D'ailleurs l'évaluation de ces expérimentations a montré que ces échecs n'étaient pas liés à ces abords thérapeutiques en eux-mêmes mais bien au contexte de leur implantation. Si le réseau d'aval spécialisé ou si le leadership sont faibles, le RPIB aura peu de chance de se développer et de facto de démontrer son intérêt. Aujourd'hui diverses équipes de recherche sont unanimes pour souligner que le repérage ou l'information seuls ne suffisent pas. Le succès d'un tel programme réside dans **la présence de leaders, la disponibilité du financement, l'adaptabilité du système** et un **management efficace.** Et pour une meilleure efficience, **l'intervention brève motivationnelle** semble une meilleure piste à suivre que l'intervention brève seule.

Enfin, **la comorbidité psychiatrique et addictive,** est clairement un frein à l'accès aux soins addictologiques. Au-delà de la lutte contre la double stigmatisation qu'elle engendre, cette situation clinique impose une **meilleure interaction des dispositifs de soins psychiatriques et addictologiques** qui fait encore défaut à ce jour. Si certaines équipes proposent des soins conjoints (souvent dans des lieux de recours), force est de constater que le dispositif de secteur psychiatrique (très bien adapté au suivi des patients souffrant de troubles psychiatriques graves) gagnerait à mieux interagir avec le dispositif de soins addictologique. Les soins en parallèle (traitement simultané dans deux structures différentes) ou séquentiel (traitement successif dans deux structures différentes) augmentent en effet le risque de perte de chance. Le patient, victime des failles de chaque service, doit faire face au clivage entre les deux structures, aux conflits d'objectifs et de responsabilité du traitement, à la mauvaise diffusion de l'information, aux défauts de communication, aux difficultés liées aux déplacements et aux délais de consultation. Le développement **d'équipes mobiles d'addictologie** à disposition

des secteurs de psychiatrie (et inversement **d'équipes mobiles de psychiatrie** à disposition des structures d'addictologie) apparait crucial. Des équipes mobiles au plus près des patients comorbides seront en mesure de leur permettre - dans un esprit de case management (gestion et coordination de l'ensemble des soins nécessaires pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie chronique) - de bénéficier de soins spécifiques adaptés et sur-mesure avec pour conséquence des équipes formées à une culture commune psychiatrique et addictologique. Aujourd'hui **l'interpénétrabilité des dispositifs de soins psychiatriques et addictologiques semble la voie la plus réalisable** dans un système de soins aussi complexe et multiple que le nôtre qui ne pourra favoriser la complémentarité attendue que par la culture du **parcours et du réseau.**

→ **O Cottencin (Lille), F Paille (Nancy), G Brousse (Clermont-Ferrand), M Dematteis (Grenoble), Y Le Strat (Colombes)**

Conclusion

Assez curieusement, alors que notre pays a largement contribué à l'évolution des connaissances et des pratiques dans les champs de la psychiatrie et des addictions, nous avons tardé à nous intéresser aux troubles comorbides, alors que les collègues Nord-Américain, Italiens ou Espagnols posaient les premières pierres de l'édifice des « dual disorders ». Si l'on pourrait débattre sur les raisons de cet étrange « French Paradox », où ce qui est addictologique peine à être vu comme psychiatrique, probablement parce qu'il ne l'est que rarement tout à fait, il est heureux de constater qu'un changement s'opère. Ce guide et les réflexions et travaux qui ont conduit à son élaboration en sont les premiers témoins. Deux facteurs majeurs contribuent à cette évolution positive : tout d'abord l'implication de plus en plus nombreuse des acteurs de terrain qui pointent depuis longtemps la nécessité de travailler ensemble entre équipes de psychiatrie et d'addictologie. Ensuite, l'émergence de l'addictologie comme une discipline autonome capable de produire un savoir expérientiel et scientifique nouveau. Les acteurs de terrain se sont retrouvés dans l'élaboration de ce guide pour interroger les pratiques et les expériences autour des comorbidités. Cette démarche de co-construction d'un nouveau savoir, issu pour une large partie de la réduction des risques apparaissant comme pivot de l'intervention partagée face aux pathologies duelles, fera date. Elle sera enrichie par les travaux scientifiques existants, observés notamment dans des travaux actuels du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale sur « l'amélioration du parcours de santé des personnes présentant une conduite addictive » qui complètent une forte dynamique actuelle initiée et soutenue par les pouvoirs publics, et, en particulier, la Direction Générale de la Santé.

Que tous ici soient remerciés : acteurs de terrains dont évidement les patients, méthodologistes, scientifiques et institutionnels. Ce guide gênera des frustrations et des insatisfactions… parce qu'il était impossible de présenter exhaustivement deux champs si vastes et si variés. Les lieux de coexistence entre la pathologie mentale et les troubles de l'usages sont extrêmement divers, et les problématiques y sont aussi vastes que celles qui vont de la délicate intervention addictologique en psychiatrie (contre le tabac ou le cannabis par exemple chez des patients souffrant de schizophrénie) au repérage difficile du trouble psychiatrique en addictologie (comme chez des patients héroïnomanes désinsérés et en rupture de lien). Mais ces lieux de coexistence appartiennent à deux territoires qui souvent ne se parlent pas. Chaque expérience de terrain qui a été citée ici, et il y en a bien d'autres, met en lumière les pistes qui peuvent être suivies pour établir le lien et la complémentarité d'interventions entre ces territoires. Elles doivent permettre d'emmener les équipes à se lancer dans l'aventure des pathologies duelles, à concevoir de nouvelles solutions issues des liens et expériences de terrain. Retenons, pour finir, l'essentiel : un vent nouveau se lève. Celui de l'émergence d'une nouvelle clinique, de nouvelles pratiques, où la fonction de l'habitat ou de l'accompagnement compte autant que celle du diagnostic. Où apparaissent des dimensions psychopathologiques nouvelles, acceptant enfin le métissage addictologique dans l'expression clinique psychiatrique classique, et, nous indiquant de nouvelles directions de soins et d'accompagnement. Et c'est de ce troisième territoire peu connu, vaste, que nous vous avons écrit. Nous vous y attendons, vous y êtes les bienvenus.

Pr Georges Brousse
Psychiatre, Addictologue, CHU de Clermont-Ferrand

Méthodologie

La Fédération Addiction et la démarche participative

La Fédération Addiction constitue un réseau national représentatif de l'ensemble des champs de l'addictologie, prévention, soins, réduction des risques, et de ses secteurs, ville, médico-social et hospitalier. Elle représente et rassemble plus de 200 structures gestionnaires, associations ou organismes publics qui gèrent plus de 850 établissements et services. La Fédération Addiction, c'est également plus de 500 adhérents personnes physiques spécialisés en addictologie, avec un pôle de médecine général en ville constitué. Elle travaille sur la base d'une méthodologie de démarche participative qui s'appuie sur des recommandations validées par les instances habilitées et sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle transforme et valorise en « expertise collective ». Ses prises de positions sont basées sur le décloisonnement des approches professionnelles, la promotion de l'usager, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.
Le présent guide est le fruit de cette démarche, il a été conçu pour les professionnels et élaboré collectivement.

www.federationaddiction.fr

Le recueil d'information et la parole des professionnels

L'état des lieux

2016-2017 : Une première enquête a été effectuée via quatre questionnaires, élaborés par le groupe de travail pluridisciplinaire, respectivement envoyés au secteur hospitalier (CH, UH, HU, SSRA), aux structures médico-sociales d'addictologie avec hébergement (CT, CTR), aux ELSA et aux CSAPA et CAARUD. Un questionnaire a également été diffusé auprès des médecins généralistes. Une centaine de ces questionnaires ont été retournés et ont permis d'apporter des données sur le repérage, l'évaluation, les freins et les leviers principaux des structures et des informations sur les partenariats mis en place.
Le groupe de travail pluridisciplinaire a ensuite analysé et décrypté les thématiques majeures qui s'en dégageaient pour orienter et préparer des journées d'échanges.

L'approfondissement des résultats

2017-2018 : Une seconde partie du projet s'est focalisée à réaliser une trentaine d'entretiens téléphoniques et des visites de structures sur site. Une étape importante qui a permis de dégager certains enjeux spécifiques à chaque dispositif, les leviers qui permettent de favoriser l'articulation ainsi que les possibilités d'évolution du lien entre les acteurs.

Les journées d'échanges thématiques

2018 : Six journées d'échanges thématiques et de réflexion ont été proposées aux professionnels de terrain.
Chaque journée a réuni une quinzaine de professionnels des addictions, de la psychiatrie et de la santé mentale, des associations d'usagers, des médiateurs de santé pairs et des usagers afin de croiser les regards autour des thématiques suivantes :

1. Le rôle du psychiatre en médico-social
2. La prise en charge intégrée
3. Le rétablissement
4. Le rôle des pairs-aidants
5. L'accompagnement et l'accueil des publics en situation de précarité.
6. Les ELSA en psychiatrie

Le point de vue de la psychiatrie et de la santé mentale

Si l'enquête a tenté d'être exhaustive du côté des professionnels des addictions, elle n'a pu prétendre au même résultat du côté de la psychiatrie et de la santé mentale. En effet, même si les répondants ne sont pas que des structures ou professionnels adhérents à la Fédération Addiction, leur appartenance au réseau a suscité une implication très importante du fait de leur adhésion à ce type de démarche participative et cet écho sur les pratiques professionnelles de la thématique du travail.

Les partenaires de la santé mentale et de la psychiatrie ont été sollicités à plusieurs reprises et par différentes voies :

- Une enquête auprès des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale a été menée et diffusée auprès des adhérents de Santé Mentale France.
- L'intégration de psychiatres dans la constitution du groupe projet et de professionnels travaillant en ELSA psychiatriques.

- La participation de psychiatres et représentants d'associations psychiatriques lors des journées d'échanges thématiques.

Le partenariat avec le secteur psychiatrique et de santé mentale

Santé Mentale France
CNUP - Collège National des Universitaires de Psychiatrie
ANPCME - Association Nationale des Psychiatres et Vice-Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers
AFFEP - Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie
AJPJA - Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues
FFP - Fédération Française de Psychiatrie

Le partenariat avec les associations d'usagers en santé mentale

UNAFAM - Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
FNAPSY - Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie
CAMERUP - Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique
CNPA - Conseil Nationale des Personnes Accueillies et/ou Accompagnées
Rev France - Réseau Français sur l'entente des voix
Toutes voiles dehors - Association d'usagers de la psychiatrie
Al-Anon/Alateen - Groupes Familiaux

Le pilotage du projet par les professionnels de terrain

Le Pr Georges Brousse, psychiatre au CHU Clermont Ferrand et le Dr Jean-Michel Delile, psychiatre et directeur du CEID à Bordeaux et président de la Fédération Addiction sont les co-référents du projet.

Le groupe projet a été construit de manière à avoir une représentation des grands secteurs concernés par la question. Le pilotage collectif par les professionnels de terrain a été constitué de 15 professionnels de l'addictologie et de la santé mentale exerçant dans toute la France. Le groupe s'est réuni 9 fois en trois ans et a activement contribué au projet dans sa construction, son analyse, mais aussi en termes de contributions écrites et de relecture. Les orientations et les décisions élaborées lors de ces réunions ont ensuite été validées par le conseil d'administration de la Fédération Addiction.

NOM	STRUCTURE
Pr Nicolas Ballon, psychiatre addictologue, Chef de pôle	CHU de Tours
Sandra Bernardi, Coordinatrice du dispositif, Appartements thérapeutiques	Baïta, Addiction Méditerranée, Marseille
Elodie Berne, Assistante sociale, doctorante en sociologie	ELSA Hôpital Saint-Jean de Dieu
Dr Mario Blaise, psychiatre addictologue	Centre Médical Marmottan
Dr Olivier Canceil, psychiatre, représentant SMF	CH Maison Blanche
Armel Claudepierre, psychologue	AFPRA, Illzach
Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien	CSAPA « le Trait d'Union», Association Oppelia
Coralie Hans, psychologue	Unité Jean-Pierre Pot au CHS du Rouvray
Dr Christophe Icard, médecin généraliste	ELSA du CH Le Vinatier
Jean-Pierre Julien, médiateur santé pair	Hôpitaux de Saint-Maurice
Dr Catherine Péquard, psychiatre	Association Charonne
Dr Paola Revue, psychiatre	Association Clémence Isaure
Dr Véronique Vosgien, cheffe de pôle, praticien hospitalier psychiatre	EPSM AL Saint André Lez Lille

Annexes

REPÈRES DES FORMATIONS ET EXEMPLES DE DIPLÔMES UNIVERSITAIRES (DU)

Il existe des diplômes universitaires proposant des formations qui peuvent assurer une formation complémentaire d'addictologie pour les intervenants en psychiatrie d'addictologie, on citera les diplômes universitaires en addictologie :

- Le DU de pratiques addictives Rhône-Alpes Auvergne

Il s'agit d'un programme interuniversitaire qui propose un programme d'un an dans l'objectif d'actualiser les connaissances au vu des données scientifiques les plus récentes et diverses recommandations

Le DU propose aux étudiants d'acquérir des compétences addictologiques afin de permettre aux participants de contribuer efficacement aux actions de santé vis-à-vis des différentes addictions (alcool, tabac, médicaments, produits illicites, addictions sans produit), tant sur le plan collectif (prévention, éducation pour la santé, repérage) que sur le plan individuel (prise en charge médico-psychosociale).

En ce qui concerne les pathologies addictives et les comorbidités psychiatriques, il existe :

- Le DU en addictologie et comorbidités psychiatriques

L'Université Paris Descartes propose un DU intitulé : **Addictologie : morbidité et comorbidité psychiatriques.**
Cette formation universitaire est destinée aux étudiants et aux intervenants en addictologie abordant théorie, pratiques cliniques et thérapeutiques en vue d'élaborer des réponses appropriées. Elle vise les médecins généralistes, psychiatres, médecins de santé publique ou d'autres spécialités, pharmaciens, étudiants en médecine, en DES, en DESC, en pharmacie, psychologues et étudiants en master de psychologie, personnels paramédicaux, cadres infirmiers et infirmiers, personnels sociaux assistants sociaux et éducateurs spécialisés.

Objectifs :

- Formation à la clinique et à la prise en charge des addictions
- Orientation clinique sur les troubles de la personnalité et les comorbidités psychiatriques
- Modules de 2 à 4 heures associant théorie et réflexion sur les pratiques
- Enseignants universitaires ou impliqués dans le champ des addictions. [140]

En ce qui concerne la santé mentale :

- Le DU de psychiatrie pour les non spécialistes en santé mentale

L'Université de Bordeaux propose un DU intitulé : Diplôme d'Université de Psychiatrie : Diagnostics et soins de première intention.
Cette formation est destinée à « toute personne titulaire d'un diplôme permettant d'intervenir dans le champ du soin (MG, psychologues, travailleurs sociaux…) et susceptible de rencontrer des personnes avec une maladie psychiatrique, sans pour autant être spécialiste de santé mentale. »
Cette formation a pour but de permettre d'acquérir aux différentes catégories de personnels intervenant dans le champ de la santé (pharmaciens, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs) dont la spécialité n'est pas la psychiatrie ou la santé mentale, des connaissances pratiques pour le repérage diagnostic et la prise en charge de première intention. [141]

140. Université Paris Descartes, Renseignements : Mme Isabelle Dacosta, Service d'addictologie, Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, F-75014 Paris. Tél. : 33 (0)1 45 65 80 66.

141. Pour plus d'information : https://www.federationaddiction.fr/du-diagnostics-et-traitements-de-premiere-intention-en-psychiatrie-pour-le-non-specialiste/

LA FORMATION AUX TECHNIQUES DE REMÉDIATION COGNITITVES

• Formation aux techniques de remédiation cognitive

Il existe des formations pour les professionnels pour acquérir une compétence en remédiation cognitive.

L'université de Caen propose une formation professionnelle sur les troubles neuropsychologiques et l'alcoolo-dépendance. Cette formation sur trois jours est destinée aux psychologues et aux personnels médico-sociaux et tous autres professionnels engagés dans la prise en charge de patients alcoolo-dépendants.

La formation a 4 objectifs :

- Acquérir ou mettre à jour les connaissances sur la sémiologie des troubles neuropsychologiques des patients alcoolo-dépendants
- Savoir dépister les troubles neuropsychologiques chez les patients dépendants
- Envisager leurs conséquences sur le bénéfice des prises en charge standard
- Identifier des adaptations possibles du parcours de soin [142]

À venir : L'université de Caen prépare actuellement une formation pour tous types de professionnels à distance qui sera proposée au printemps 2019. Cette formation en ligne d'une trentaine d'heures permettra aux non-neuropsychologues d'acquérir des bases de neuropsychologie.

L'université Claude Bernard Lyon 1 propose également, sous la responsabilité du Pr Nicolas Franck, et via **l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC),** un DU de « Remédiation cognitive ». Ce DU aborde également les questions d'addiction et de cognition.
Il a pour objectif pédagogique de :

- Informer sur les techniques de remédiation cognitive disponibles en langue française et validées dans la schizophrénie
- Inscrire l'utilisation de ces outils de soin dans le contexte d'une prise en charge globale du patient, assortie d'une évaluation soigneuse
- Former chaque participant à l'une de ces techniques à travers des cours théoriques, des TD et un stage pratique. [143]

• Formation aux outils de dépistage

La Fédération Addiction, en partenariat avec UNICAEN, organise également chaque année des formations sur l'outil BEARNI, animées par la conceptrice de BEARNI, Hélène Beaunieux, chercheuse et neuropsychologue à l'université de Caen. Les objectifs de cette formation située à Paris sont similaires à ceux de la formation de l'université de Caen.

142. Pour plus d'informations : http://ufrpsycho.unicaen.fr/formation-continue/catalogue-de-formations/

143. Pour plus d'informations : https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-remediation-cognitive-87

Sigles

AIDQ:..... Association des intervenants en dépendance du Québec
APA: ..... Association Américaine de Psychiatrie
APEA: ..... Association des Patients Experts en Addictologie
ARS:..... Agence Régionale de Santé
ASS: ..... Addictions sans substance
AT: ..... Appartement Thérapeutique
ACT: ..... Appartement de coordination thérapeutique
CAARUD: . Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAUT:..... Centres d'accueil, d'urgence et de transition (CAUT)
CATTP:..... Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CHA:..... Centre d'Hygiène Alimentaire
CHAA:..... Centre d'hygiène alimentaire et d'Alcoologie
CHRS: ..... Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU: ..... Centre Hospitalier Universitaire
CIM: ..... Classification Internationale des Maladies
CJC:..... Consultation Jeunes Consommateurs
CLSM: ..... Conseil local de santé mentale
CMP: ..... Centres médicaux-psychologiques
CPT: ..... Communautés Psychiatriques de territoire
CPTS: ..... Communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA: .... Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST: ..... Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
CT: ..... Communauté thérapeutique
CTR: ..... Centre Thérapeutique résidentiel
DES:..... Diplôme d'Etude Spécialisés
DGS:..... Direction Générale de la Santé
DSM: ..... Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELSA: ..... Équipe de liaison et de soins en addictologie
EM: ..... Entretien Motivationnel
EMPP: ..... Équipe mobile psychiatrie précarité
EPSM: ..... Établissement public de santé mentale
ESPIC: ..... Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GCSMS: ... Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GEM: ..... Groupement d'Entraide Mutuel
HAD: ..... Échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression
HAS:..... Haute autorité de santé
HDJ: ..... Hôpital de jour
IFAC: ..... Institut Fédératif des Addictions Comportementales
LAM: ..... Lits d'accueil médicalisés
LHSS:..... Lit Halte Soins Santé
MDA: ..... Maisons des Adolescents
MCO: ..... Médecine-chirurgie-obstétrique
MILDECA: Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
MSO: ..... Médicament de substitution aux opiacés
NIDA: ..... National Institute on Drug Abuse
OFDT: ..... Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS: ..... Organisation Mondiale de la Santé
PTSM: .... Projet Territoriale de Santé Mentale
RDRD: .... Réduction des Risques et de Dommages
SAMSAH: . Services d'accompagnement médico-sociale pour adultes handicapés
SAVS: ..... Services d'accompagnement à la vie sociale
SIAO:..... Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPA: ..... Substance psychoactive
TAPAJ: ..... Travail Alternatif Payé à la Journée
TCA: ..... Troubles du comportement alimentaire
TDHA:..... Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité
TOC: ..... Trouble obsessionnel compulsif
TROD:..... Test Rapide d'Orientation Diagnostic
TSPT: ..... Trouble de stress post traumatique
TSO: ..... Traitement de substitution aux opiacés
TUS:..... Trouble de l'usage de substance
UMIPPP:.. Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité
UNAFAM:. Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

104 rue Oberkampf, 75011 Paris
Contact : 01 43 43 72 38
Site internet : www.federationaddiction.fr

Rédaction : Julie Baudillon, chargée de projet - j.baudillon@federationaddiction.fr
Conception graphique : Marie Poirier - www.mariepoirier.fr

Impression : Harmonie Print, 76600 Le Havre - Achevé d'imprimer en mai 2019

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

avec le soutien de

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS