

La place des services de psychiatrie dans un réseau de soins pour usagers de substances psycho- actives

Docteur Denis Hers TD05

Introduction

- Certain usagers de substances psycho-actives doivent être hospitalisés
- Dans leurs parcours de soin, ce n'est qu'un passage qui s'inscrit forcément dans un réseau, ce qui suppose un avant et un après
- L'objet de cet exposé est de mettre en débat les possibilités, l'intérêt et les difficultés liées à ce passage

Motifs d'hospitalisation

- Sevrages (parfois répétés) : alcool, médicaments (analgésiques, tranquillisants...), héroïne, cocaïne, poly-usage ...
- Sevrages partiels : sevrage d'héroïne et de cocaïne tout en maintenant la méthadone et les benzodiazépines, sevrage d'alcool et de cocaïne tout en poursuivant l'usage de cannabis
- Sevrage avec entrée en communauté thérapeutique, liée à un travail en réseau

Motifs d'hospitalisation (suite)

- Décompensations psychiatriques :
 - Dépression, risque suicidaire, épuisement, risque vital (chute, OD, accident cardiaque...)
 - Psychose, épisode délirant
- Errance, décompensation psychosociale, expulsion d'un logement...
- Sortie de prison

Les patients souffrants de dépendance aux substances psycho-actives dérangent souvent les soignants

- Ils se font du tort à eux-mêmes et semblent responsables de ce qui leur arrive (analogie avec les TS).
- Ils ne sont pas forcément demandeurs de soins.
 - Il arrive que le patient minimise ou nie complètement son problème.
 - L'entourage est parfois très demandeur qu'il se soigne et le soignant se trouve écartelé entre les demandes contradictoires du patient, de sa famille ou de l'environnement
 - Le soignant est parfois le seul demandeur
- Les troubles du comportement sont fréquents : prise de substance, non-compliance au traitement, violence verbale ou physique, intimidation, insécurisation des patients ou du personnel
- Echecs thérapeutiques fréquents, répétition des hospitalisations, épuisement des soignants

Difficultés rencontrées

- Consommations lors de sorties (parfois tolérées)
- Consommations à l'intérieur de l'institution (souvent mal tolérée)
- Trafic dans l'institution
- Constitution de sous-groupes d'usager avec lesquels les soignants ne sont plus en contact
- Prise de risques par les usagers pour eux-mêmes
- Mise à mal des autres patients, insécurisation

Faut-il être spécialisé pour prendre en charge un patient dépendant ?

- Idéalement, non.
- En pratique, les services non-spécialisés sont souvent dépassés par les symptômes des patients dépendants (intoxication, troubles du comportement, trafic de produits, délinquance associée...). Ceci conduit finalement à un rejet du patient et de ses symptômes.
- En conséquence, les institutions limitent le nombre des patients qu'elles acceptent (un à la fois) ou les refusent tout à fait. Ils sont renvoyés vers des institutions spécialisées.
- Etre spécialisé, c'est paradoxalement créer un **dispositif symbolique** qui permette de rencontrer ces patients « comme n'importe quel autre ».
- Ce dispositif doit permettre de « cadrer les symptômes » pour ne pas être envahis par eux (abstinence, substitution, tolérance au symptôme avec certaines limites...)

Le contrat de séjour (ou convention d'hospitalisation)

- Les équipes qui accueillent des patients (résidentiels ou autres) élaborent un cadre dans lequel elle peuvent travailler
- L'élaboration du cadre permet aux membres de l'équipe de se mettre d'accord sur ce qu'ils acceptent et ce qu'ils n'acceptent pas. Ce temps d'élaboration est essentiel dans la vie d'une équipe
- Cela passe par la rédaction d'un règlement ou d'un contrat thérapeutique qui est soumis au patient en début de traitement
- Ce contrat définit les limites à respecter au cours du séjour (pas de violence, sorties et visites limitées, pas de psychotropes non-prescrits.....) et les obligations
- L'existence du cadre permet un forme de cohésion de l'équipe
- En cas de transgression, on rediscute avec le patient pour voir si un accord est encore possible.

La convention d'hospitalisation: la meilleure et la pire des choses

- La convention d'hospitalisation défini un cadre qui rend possible l'accueil des patients
- Mais...
 - Elle n'est pas adaptée à toutes les situations cliniques (doubles diagnostics, situations complexes, hospitalisations sous contrainte...)
 - un usage contre-transférentiel de cette convention est possible
- Il est indispensable de faire du cas par cas
- « Il faut pouvoir tricher avec nos règles pour permettre l'accueil du patient » Emmanuel NICOLAS, anthropologue
- Viser avant tout la pertinence clinique

Construire avec le patient un projet qui lui convienne

- Qu'attend-t-il de nous ?
- En quoi pouvons nous l'aider à ce moment de son parcours
- Qu'est il prêt à faire ?
- Vers quoi veut-il aller ?
- A quelles conditions peut-on lui venir en aide ?

Les interruptions de séjour

- Sont malheureusement assez fréquentes
- Sont mal vécues par les patients et par les soignants
- Le suivi du patient doit être assuré, dans la même institution, ou par l'envoyeur
- Dans certains cas, un « time out » à l'extérieur ou dans une autre institution est organisé.
- Essayer de ne pas « laisser tomber », éviter une rupture de lien

Difficultés spécifiques aux services résidentiels

- En **pratique ambulatoire**, le contact avec l'utilisateur est limité dans le temps. Ce qu'il fait en dehors de nos murs relève de sa propre responsabilité et le soignant n'interfère pas avec la prise de substance par l'utilisateur. La notion d'abstinence n'a aucune pertinence dans ce contexte et elle est considérée comme contreproductive, car trop éloignée de la réalité de l'utilisateur. Elle fait partie des mots à bannir.

Difficultés spécifiques aux services résidentiels

- L'abstention de prise de substances psycho-actives non prescrites, au moins à l'intérieur des murs, est presque toujours demandée dans les services résidentiels.
- Elle apparaît comme une condition nécessaire au « vivre ensemble » dans une unité de soins, qui comporte aussi une dimension communautaire.
- Certains usagers y séjournent spécifiquement dans le but d'être abstinents et la confrontation à des offres de consommation est trop difficile à ce stade.
- Cette abstention de consommation n'est pas mise en position d'idéal mais considérée comme un moyen et comme une expérience, au moins le temps du séjour.
- Pour un certain nombre d'usagers, elle est vécue comme une violence imposée de l'extérieur et ils ne peuvent en aucun cas adhérer à cette contrainte.
- Avoir des exigences par rapport aux résidents transforme la relation humaine, qui devient potentiellement conflictuelle. Les contraintes imposées aux usagers modifient la représentation des soignants qui est en grande partie déterminée par le contexte de la rencontre. L'image que l'on se fait de l'usager est très influencée par le cadre de travail dont elle devient le miroir. Elle peut être fort éloignée de la réalité de l'usager.

Quelles améliorations possibles

- Augmenter les places en services spécialisés (double diagnostic)
- Former les soignants à l'accueil des usagers de substances psycho-actives
- Formation continue, toujours à recommencer
- Echanges de personnel entre différentes institutions
- Dispositifs spécifiques mis en place dans différentes institutions : équipe mobile interne, groupes de parole, encadrement

- Soigner les entretiens d'admission pour mieux comprendre l'attente de l'utilisateur, dissiper les malentendus, clarifier le cadre, envisager la suite, chercher des alternatives ambulatoires...
- Informer mieux les candidats à l'admission et les envoyeurs afin qu'ils connaissent les conditions de séjour et qu'ils évaluent si c'est pertinent pour l'utilisateur.
- N'hospitaliser que si cela présente une réelle plus-value et si un suivi ambulatoire n'est plus possible à ce moment.

FIN