

COM ADDICT

Compte rendu de la réunion d'alcoologie bas normande du 30/09/2006

Hôtel Le Normandy Ouistreham.

Le samedi 30/09/2006, l'association **COM Addict** et en partenariat avec l'unité CHU de CAEN, et le soutien du laboratoire Merck, ont pris l'initiative de réunir dans une réunion de travail des acteurs médicaux du soin dans le champs de l'addictologie de base. Cette réunion dont l'objectif était l'échange et la réflexion autour des filières de soins se déroule en deux temps :

Une première partie développée par le **Dr DAVY** du CHU de CAEN retraçant le contexte de la création de l'association COM addict et notamment le travail du comité technique régional créé en 1997 en matière d'alcoologie, puis la prise en compte de 1998 à 2001 des recommandations ministérielles au développement de l'addictologie, et enfin le congrès de Flers le 19/10/2005 des premières réunions régionales importante réunissant un grand nombre de partenaires du soin et de la prévention en matière d'addiction.

L'association COM addict née en 2004 a constitué une évolution logique de ce processus de coopération entre professionnels, mais aussi d'ouverture vers un large public intéressé par l'addiction avec l'objectif de la connaissance des problématiques régionales, l'amélioration des compétences et des interventions en matière de mésusage, ou de dépendance aux substances psychoactives. Un premier colloque a été organisé le 17/11/2005 sur le thème des poly consommations et a réuni 200 personnes de tous horizons. Le prochain colloque aura lieu dans l'Orne au premier semestre 2007.

Le **Dr P Batel** chef de service de l'UTAMA de L'hôpital Beaujon de Paris dans un contexte de la prise en charge des troubles de l'usage de la consommation d'alcool a ciblé un objectif national encore nettement perfectible. Il le décrit comme un empilement historique de dispositifs de soins sans articulation bien pensée, avec des redondances dans les prises en charge et une alcoologie formée d'équipes isolées les unes des autres.

Ce dispositif de soin spécialisé dans la dépendance, souvent lent dans ses transformations face aux modifications cliniques des patients au cours du temps, tient trop rarement compte de la temporalité des troubles et de ce fait conduit à des hiatus dans la continuité du soin.

Des exemples sont donnés de ce dysfonctionnement : sevrages spontanés de patients en attente, importance des délais d'attente dans les centres de consultation conduisant à l'abandon de patients les moins gravement atteints et des effets motivationnels contradictoires, sevrages réalisés de dehors de toute intention d'abstinence à moyen terme notamment par les recours inadap-

d'urgence, sevrages réalisés sans aucun rendez vous programmable dans les 15 jours envisagés au cours du sevrage, courts circuits ou interférences externes, hospitalisation alcoolologique, non adaptation du projet au cours de l'évolution de la dépendance du patient, tenant compte de l'importance des représentations parasites du patient et de son entourage

C'est ainsi que l'on estime que la filière spécialisée ne touche que 20% de la population des contacts avec les soignants, et l'inadéquation du dispositif entraîne un mauvais suivi avec une vue de 30% à 3 mois, 60% à 6 mois et 80% à 12 mois. Il conclut sur le constat d'une inadéquation du dispositif actuel rendant la filière spécialisée assez peu efficace et perturbant la prise en charge, et évoque la nécessité d'adaptation des représentations du soin en France, développement, centrées sur le malade, d'actions coordonnées des professionnels

Madame **Anne-Lise Pitel** neuropsychologue de l'unité INSERM E0218 est venue présenter les résultats de différents travaux de recherche effectués ou en cours en collaboration avec l'Unité d'alcoologie du CHU de CAEN. L'intérêt porté par ces études aux patients alcooliques, et notamment au déroulement des sevrages résidentiels, a mis en lumière le fait que ces patients présentent une grande variété de troubles neuropsychologiques.

L'analyse des résultats montre l'existence de troubles des fonctions exécutives et épisodique des patients alcooliques dépendants au déroulement du sevrage. Les fonctions exécutives sont mises en œuvre dans l'adaptation aux situations nouvelles, dans les capacités d'inhibition qui interviennent dans les stratégies de prise de décision. Les troubles de mémoire épisodique sont notamment marqués par des difficultés d'acquisition de connaissances nouvelles. Dans ce contexte, on a pu aisément l'impact de ces déficits neuropsychologiques sur les soins, la baisse des fonctions exécutives induisant une réduction des capacités d'inhibition de certains comportements, d'élaboration de stratégies d'évitement et de maintien de l'abstinence, et la diminution épisodique intervenant comme réducteur des capacités d'apprentissage des situations à risque (comme le travail de mise en exposition, et l'acquisition de nouvelles connaissances nécessaires à la prise en charge de la dépendance, l'abstinence...).

La prise en compte de ces connaissances fondamentales sur les difficultés d'acquisition de nouvelles connaissances complexes pose la question de la pertinence du dispositif de soins existant sur l'acquisition par le malade de connaissances sur la dépendance et de l'adaptation à la prise en charge à risque, et invite à son éventuel ajustement à ces patients : faut-il allonger le temps de prise en charge pour s'adapter aux troubles présents par de nombreux alcooliques dépendants ? Faut-il augmenter le nombre de procédures ? Peut-on développer de nouveaux outils d'évaluation utilisables par les professionnels ? Les procédures de soin utilisées dans certains centres de réadaptation neurologique tel que les unités de soins de jour sans erreur peuvent elles être adaptées aux patients alcooliques dépendants présentant des troubles neurocognitifs.

Le **Dr François Vabret** président de l'association COM Addict a poursuivi par ailleurs ses réflexions concernant l'organisation de la prise en charge en alcoologie sur la région bas normande : centres ambulatoires, des lits ciblés dans les unités de médecine, des centres résidentiels

accueil

moyenne durée de séjour(jusqu'à 20 jours), des services de soin de suite et de réadaptation, la répartition géographique des lieux de soin, les dotations réelles des structures en équilibre, des délais d'attente aux consultations.

En s'intéressant aux modèles anglo-saxons de validation des filières du soins en France, on remarque qu'ils utilisent de façon standardisée des critères que nous connaissons bien de nos demandes de soins des patients : il s'agit de la nature du mésusage, de l'existence d'un trouble, requérant une prise en charge spécifique notamment pour le sevrage, du stade motivationnel du patient, la connaissance du malade sur sa pathologie et l'organisation psychopathologique de sa vie, la qualité de ses relations avec son environnement et de son insertion sociale. La prise en compte de ces critères sert à l'orientation du malade dans la filière de soin, qui doit fournir en miroir une prise en charge protocolisée qui est validée au préalable notamment d'un point de vue financier chez nos confrères américains.

Les connaissances récentes en matière de neuropsychologie nous engagent à réfléchir sur la place particulière pour la prise en compte spécifique et l'adaptation des techniques de soins aux alcoolodépendants ayant des troubles neurocognitifs, sous groupe de malades bien représentés, nous l'imaginons jusqu'à présent.

Plus que la recherche de la multiplication des structures de soins ambulatoires ou de l'état des lieux et la comparaison avec les modèles étrangers nous conduisent à repenser l'organisation départementale voir régionale, en matière de prise en charge de la population présente en France d'alcool. Cette évolution pourrait avoir comme objectif de diminuer les délais d'attente tout en augmentant l'offre de soin notamment vers les alcoolodépendants les plus gravement atteints, d'améliorer la communication et la transmission des informations médicales entre les structures, de rechercher à développer les pôles d'excellence de chacune des structures tout en évitant les doublons, et donc de mettre en adéquation le dispositif de soin aux demandes de la population.

La réunion s'est terminée par un accord professionnel fort autour de la nécessité d'un nouveau dispositif de soin, et pour ce faire, il est prévu la tenue rapide au début de l'année 2004 d'une réunion dont l'objectif sera, à partir d'un descriptif pré établi par chaque structure de :

1. décrire chacune des structures de soin
2. ses objectifs théoriques
3. ses objectifs de faits
4. la population cible
5. le réseau actif de collaborateurs d'amont et d'aval
6. les souhaits concernant la place dans le futur réseau

accueil

A l'issus de cette réunion, une seconde réunion sera mise en place 3 mois plus tard, synthétique des informations de la réunion précédente, et propositions de répartition des tâches et signature d'une charte de fonctionnement du réseau en addictologie.