

Dr Jean-Michel Delile*, M. Jean-Pierre Couteron**

* Psychiatre, CEID, Bordeaux. Vice-président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanies et addictions (ANITeA), Paris, France

** Psychologue clinicien, CEDAT, Mantes-la-Jolie. Président de l'ANITeA, 9, passage Gatbois, F-75012 Paris

Courriel : infos@anitea.asso.fr

Reçu avril 2008, accepté septembre 2008

Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions

Résumé

Le groupe de travail sur l'hébergement thérapeutique de la commission Addictions a auditionné l'Association nationale des intervenants en toxicomanies et addictions (ANITeA) sur sa conception du traitement résidentiel. Ce travail, après une mise en perspective historique évoquant le souvenir des "postcures" de naguère, présente un état des lieux de ce dispositif dans notre pays, en s'appuyant sur l'expérience professionnelle collective et les données de la littérature : types de structure et de projet thérapeutique (centre thérapeutique résidentiel, communauté thérapeutique, service de soins de suite et de réadaptation), indications et critères de placement, articulation avec l'ambulatoire et l'hospitalier, durée de prise en charge, évaluation, besoins actuels aussi bien quantitatifs que qualitatifs. En définitive, il apparaît que si le traitement résidentiel ne doit plus être le standard de traitement des addictions comme cela a pu être le cas par le passé, il répond à de réels besoins insuffisamment satisfaits, notamment ceux de patients présentant d'importants problèmes aux plans psychologique et social et dont la situation ne peut être prise en charge en ambulatoire dans de bonnes conditions de sûreté ou d'efficacité.

Mots-clés

Addiction – Traitement résidentiel – Hébergement thérapeutique – Communauté thérapeutique – Évaluation – Placement – Postcure – Soins de suite et de réadaptation.

Le groupe de travail sur l'hébergement thérapeutique, présidé par François Hervé, de la commission Addictions du Ministère de la santé a auditionné l'Association nationale des intervenants en toxicomanies et addictions (ANITeA) sur sa position quant à la situation du traitement résidentiel des addictions en France. Il s'agissait de pro-

Summary

Thoughts on the residential treatment of addictions

The working party on therapeutic accommodation of the Addiction commission heard the *Association nationale des intervenants en toxicomanies et addictions* (ANITeA) presentation on its view on residential treatment. This study, after presenting the historical background recalling the age of "post-withdrawal" centres, presents a review of this system in France based on a collective professional experience and data from the literature: types of structures and therapeutic project (residential treatment centre, therapeutic community, convalescence and rehabilitation units), indications and criteria of placement, coordination with outpatient and hospital medicine, duration of management, evaluation, and current quantitative and qualitative needs. Although residential treatment should no longer be the standard treatment for addictions as it was in the past, it can meet real insufficiently satisfied needs, especially those of patients with major psychological and social problems, whose situation cannot be managed on an outpatient basis under good conditions of safety or efficacy.

Key words

Addiction – Residential treatment – Therapeutic accommodation – Therapeutic community – Evaluation – Placement – Post-withdrawal – Convalescence and rehabilitation.

poser un état des lieux de ce dispositif (fondements, types de structure et de projet thérapeutique, indications et critères de placement, articulation avec l'ambulatoire et l'hospitalier, intérêt et évaluation) et de préciser, le cas échéant, les besoins d'adaptation aussi bien quantitatifs que qualitatifs qui seraient identifiés.

Le contexte historique

La prise en charge résidentielle a longtemps été le standard dominant, presque exclusif, du traitement des toxicomanes. Dès les années 1970, aux États-Unis avec les communautés thérapeutiques (CT) comme en France avec la création des premières “postcures”, le séjour résidentiel fut conçu comme le lieu et le moment essentiels du parcours de soins. Il devait consolider et inscrire dans la durée l’abstinence obtenue lors de la “cure de sevrage”. Aux États-Unis, seuls les traitements résidentiels étaient pris en charge par les assurances privées. En France, les structures pionnières, en dehors de quelques lieux de soins ambulatoires en ville (Marmottan et L’Abbaye à Paris, la *free clinic* du CEID à Bordeaux), étaient essentiellement des “foyers agréés pour toxicomanes”, classiquement dénommés “postcures”. C’est ainsi que Sartrouville (1972), Les Blannaves, Le Peyry, En Boulou, La Gentillade et d’autres encore ont vu le jour au cours des années 1970 (1). Ces lieux de soins proposaient une prise en charge non médicalisée (et même défiante à l’endroit du médical) à vocation essentiellement psychosociale. C’est ainsi que les projets de soins résidentiels balançaient entre une finalité sociale et une finalité thérapeutique comme peuvent en témoigner les quatre circulaires de la Direction générale de la santé (DGS) qui scandent leur histoire. Elles ont en effet contribué à structurer ce dispositif naissant, mais elles sont également le reflet de l’état d’esprit de l’époque.

La circulaire DGS du 29 mars 1972 souligne que *“les centres de postcure se divisent en deux catégories : les uns traitent pendant quelques mois en cure psychothérapique les toxicomanes ayant terminé une cure de sevrage qui ont une personnalité très fragile. Les autres aident pendant six mois à deux ans environ le toxicomane à quitter définitivement l’univers de la drogue, c’est la réinsertion sociale”*. Celle du 3 juillet 1979 affirme que *“l’efficacité [de la cure de désintoxication] ne saurait être réelle si elle n’est pas prolongée par une étape d’intense soutien psychologique permettant au toxicomane de prendre ou de reprendre son autonomie au sein de la société”*. Dans la circulaire DGS du 22 février 1984, le séjour résidentiel est présenté comme un temps de remaniement, de restructuration de la personne et une préparation à l’insertion. Son cadre commence à se diversifier avec des possibilités d’hébergement en studio, d’hébergement d’urgence et de transition et d’hébergement des mineurs. La crise économique et sociale renforce les phénomènes d’exclusion qui deviennent une préoccupation politique majeure comme en témoigne l’adoption de la loi de 1988 instaurant le revenu minimum d’insertion (RMI). La circulaire du 9 novembre 1993 propose ainsi de doubler en trois ans les

capacités d’hébergement et continue d’encourager la diversification des réponses : création d’appartements thérapeutiques, de communautés thérapeutiques et de nouvelles réponses à l’urgence. Dans le même temps, les lieux ambulatoires d’accueil pour toxicomanes se multiplient dans les grandes villes. Centrés au départ sur des activités de prévention, d’accueil, d’orientation et de suivi, ils assurent la préparation puis le relais de la “cure de sevrage” et/ou de la “postcure”, les véritables cœurs d’un traitement pensé dans l’unique visée de la “désintoxication” et de l’abstinence.

Une nouvelle période s’ouvre dans les années 1990 avec la politique de réduction des risques et le développement des traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans le domaine du soin. Leur remarquable efficacité vis-à-vis de la dépendance aux opiacés va médicaliser les prises en charge et réduire d’autant les indications et la place du traitement résidentiel. D’autres démarches thérapeutiques vont se faire jour, impliquant l’usager comme un acteur d’un parcours de soins diversifié, individualisé, éloignant les pratiques de soins de l’approche standardisée antérieure. Les centres d’accueil deviendront ainsi des centres d’accueil et de soins puis des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ; ils occupent à leur tour une position centrale dans le dispositif spécialisé de soins, les CSST résidentiels n’en étant plus qu’une variante.

Cette tendance à la relativisation de la place du résidentiel va être renforcée par des études mettant en évidence l’absence de preuves d’efficacité supérieure des traitements résidentiels par rapport aux traitements en ambulatoire (2). Par ailleurs, certaines communautés thérapeutiques connaissent des dérives autoritaires ou sectaires qui vont altérer leur image. Tout cela conduit les professionnels et les autorités sanitaires à privilégier une approche ambulatoire et diversifiée, phénomène qui va ensuite être soutenu par les contraintes budgétaires poussant à privilégier les options de traitement les moins coûteuses au fur et à mesure que le problème des addictions prenait de l’ampleur. Or le traitement résidentiel coûte cher quand il est rapporté aux files actives... C’est ainsi que les capacités d’accueil en traitement résidentiel collectif ont été réduites de près de 30 % au début des années 2000 (3).

La situation actuelle

Ce mouvement de balancier a trouvé actuellement ses limites face au nombre croissant de patients présentant des problèmes cliniques et sociaux particulièrement lourds et complexes, auxquels les traitements en ambulatoire ne

peuvent répondre de manière satisfaisante en termes d'efficacité et de sécurité. Ce constat a conduit à une relance du traitement résidentiel dans le programme gouvernemental 2004-2008 avec le projet d'ouverture de plusieurs communautés thérapeutiques insérées dans le dispositif spécialisé. La diversification des modes d'usage et des substances consommées renforce la nécessité de proposer un panel diversifié de réponses. Hervé, lors de la 1^{ère} Réunion des acteurs de l'addictologie hospitalière en octobre 2006 (4), défendait l'idée de penser le traitement non plus comme une trajectoire linéaire, mais comme une organisation souple de services et de prestations complémentaires, sur le modèle des réseaux, disponibles en fonction des trajectoires individuelles des usagers, conjuguant donc finalités sociales et finalités thérapeutiques.

Trois cadres de traitement sont ainsi aujourd'hui possibles pour organiser une telle offre : l'hospitalisation (complète ou partielle), les soins ambulatoires (centre spécialisé et micro-structure, médecine et pharmacie de ville) et les centres résidentiels de traitement (y compris les communautés thérapeutiques). Pour préciser leurs indications respectives, il nous faut tout à la fois tenir compte de la (ou des) substance(s) consommée(s), définir l'intérêt de l'orientation résidentielle versus l'orientation ambulatoire et identifier l'originalité de la prise en charge en soins résidentiels au regard de l'hospitalisation classique. À partir de ces éléments, le choix du cadre de traitement sera fondé sur le dialogue avec l'usager, permettant de préciser ses capacités à coopérer avec l'offre de traitement, à en bénéficier, à s'abstenir d'user de drogues et à éviter des conduites à risque, tout cela dans le cadre le moins restrictif possible. Enfin, ce choix sera aussi fonction de l'existence ou de la disponibilité (dans un délai raisonnable) de la structure adéquate...

Les indications

L'orientation doit d'abord tenir compte du produit utilisé. Nous n'évoquerons ici cette question que rapidement. Pour le tabac, le traitement est en principe ambulatoire. C'est le cas aussi pour le cannabis en dehors de séjours de rupture destinés à des adolescents ou d'hospitalisations nécessaires en cas de polytoxicomanie sévère ou de problématique associée, notamment psychiatrique. Pour l'alcool, en dehors des sevrages complexes, la plupart des prises en charge pour abus ou dépendance peuvent être conduites en ambulatoire ou en hospitalisation de jour suite à une cure par exemple. Une prise en charge résidentielle peut être nécessaire pour des patients ne retirant pas de réels bénéfices de dispositifs moins intensifs ni res-

trictifs : très haut niveau d'usage d'alcool, polytoxicomanie, comorbidités médicales ou psychiatriques, échecs antérieurs de prise en charge ambulatoire. C'est ainsi que des usagers ne parvenant pas à l'abstinence ou rechutant fréquemment, et dont l'état se détériore, et des usagers désocialisés peuvent être orientés vers le résidentiel où ils bénéficient de la stabilisation offerte par le cadre.

Dans le contexte administratif actuel en France, à orientation "addictologique", ces prises en charge peuvent être assurées en établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) en alcoologie ou en CSST résidentiels, ces derniers ouvrant plus de possibilités en matière de réinsertion sociale. Que le traitement ait débuté en ambulatoire ou en résidentiel, le facteur pivot de son succès semble être l'aptitude du patient à l'inscrire dans un projet au long cours (dont la durée se mesure plus en années qu'en jours) de prévention de la rechute avec l'aide de professionnels, de proches mais aussi de pairs...

Pour la cocaïne, hors polytoxicomanie, les données de la clinique et de la recherche indiquent qu'un traitement global et intensif en ambulatoire est efficace, le résidentiel pouvant fonctionner comme un temps d'appui pour des dépendances sévères ou en cas de polydépendance, de vulnérabilité sociale majeure (que l'on rencontre fréquemment dans le cas d'usages de crack par exemple) ou encore de troubles psychiatriques associés, notamment avec risque suicidaire.

Enfin, pour les opiacés, l'hospitalisation est indiquée en cas d'overdose sévère (détresse respiratoire, coma) et en cas de cure de sevrage complexe avec cependant des risques très élevés de rechute qui imposent un suivi continu à leur issue. Les traitements de substitution dispensés en ambulatoire ont fait la preuve de leur remarquable efficacité quand ils sont prodigués dans un cadre global et contrôlé. Les traitements résidentiels peuvent donc être utiles voire nécessaires pour les patients présentant des antécédents répétés de rechute, une désocialisation, des troubles médicaux ou psychiatriques associés, un environnement socio-familial défavorable, etc. La grande sévérité des troubles médicaux, psychiques et sociaux fréquemment associés à l'usage d'opiacés – et tout particulièrement d'héroïne – a amené à concevoir des programmes résidentiels de longue durée (plusieurs années) en communautés thérapeutiques qui peuvent aussi recevoir des personnes alcooliques.

Mais l'orientation doit aussi tenir compte des caractéristiques propres à chacun de ces cadres. Le travail de l'Association américaine de psychiatrie (APA) récemment publié (5) est sur ce sujet d'une aide précieuse. Il offre les recom-

mandations les mieux validées pour préciser notamment la place du cadre résidentiel de traitement. Ces approches sont conformes au consensus de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) sur les critères de choix du cadre de traitement (*ASAM patient placement criteria*, ASAM-PPC-2R) et de son algorithme décisionnel validé (6-9).

Cette orientation se fonde sur une évaluation multidimensionnelle incluant six axes principaux :

- I - intoxication aiguë et/ou syndrome potentiel de sevrage ;
- II - état biomédical (pathologies pouvant compliquer la prise en charge) ;
- III - état psychologique et comportemental ;
- IV - volonté de changement, résistances, ambivalence ;
- V - potentiel de rechute (antécédents, mauvaise compliance, déni...);
- VI - environnement de vie (famille, pairs, quartier, logement, formation, profession...).

L'orientation s'inscrit dans une perspective d'efficacité et d'adaptation aux besoins et attentes des patients, elle s'attache à déterminer le cadre de traitement le moins contraignant et le moins restrictif possible mais capable d'assurer des conditions de sécurité et d'efficacité adaptées aux nécessités de leur état.

Les soins en ambulatoire

La réponse ambulatoire se répartit en deux pôles, la ville et les réseaux, d'une part, et les centres spécialisés d'accompagnement et de soins en addictologie (CSAPA), intégrant l'expérience des microstructures, d'autre part. Ce que les uns apportent en souplesse, les autres l'apportent en multidisciplinarité. Ces dispositifs ont donc vocation à être complémentaires. Selon l'analyse de l'APA, le dispositif ambulatoire peut prodiguer l'essentiel des soins en addictologie. De même, les pratiques professionnelles françaises ont fait progressivement de ces futurs CSAPA (les actuels CSST et les CCAA, centres de cure ambulatoire en alcoologie) le cœur des dispositifs en addictologie par leur capacité à mettre en œuvre une approche globale et un soutien au long cours dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire insérée dans un territoire. La médecine de ville, de son côté, a été un acteur essentiel de la mise en œuvre des traitements de substitution et des actions de repérage précoce et d'intervention brève, notamment dans le domaine de l'alcool et du tabac.

Les centres spécialisés sont aujourd'hui des centres de soins à part entière et les pivots de prises en charge globales, accessibles et diversifiées. Ils offrent une réponse dans laquelle le *monitoring* médical n'est ni permanent ni cen-

tral et sont donc un cadre de traitement approprié pour les patients dont l'état clinique au plan biomédical ne nécessite pas un niveau plus intensif et contrôlé de prise en charge (axes I et II) de type hospitalier. Une approche globale transdisciplinaire y est organisée, susceptible de fournir, en tant que de besoin, une variété d'approches médicamenteuses et psychothérapeutiques dans un cadre contrôlé, ainsi que des possibilités d'intervention ou d'accompagnement aux plans social et de la réinsertion.

Place du résidentiel

Si comme nous l'avons mentionné précédemment, les études contrôlées ne mettent pas en évidence globalement une supériorité des traitements résidentiels par rapport aux traitements ambulatoires, il n'en va pas de même quand on focalise son attention sur les patients les plus en difficulté et notamment les plus désocialisés. En effet, les patients qui présentent des niveaux de sévérité faibles ou modérés de leur pathologie addictive, ceux qui ont un contexte de vie positif et sont sans déficits fonctionnels sévères, sont ceux qui ont le plus de chances de bénéficier d'interventions brèves et en ambulatoire. Bien sûr, ce sont évidemment et heureusement les patients les plus nombreux et qui donc "impactent" massivement toutes les études d'efficacité, mais ce ne sont pas les seuls. Il existe aussi une minorité de patients à fort niveau de sévérité et Edwards et al. soulignaient dans leur étude classique sur le conseil minimal (10) que "*les patients avec un moindre degré de soutien social répondent moins au conseil minimal et qu'une extrapolation des résultats de leur étude à des SDF serait risquée*".

S'il est établi que les interventions brèves peuvent avoir une efficacité impressionnante, même comparées à des traitements plus "lourds", cela incite surtout à en faire la première option de prise en compte des usages problématiques dans le cadre d'une approche graduée et non un standard unique de traitement qui serait inadapté à des pathologies sévères. Pour ces patients complexes, minoritaires en effectif mais gros "consommateurs" de soins en ambulatoire (fréquemment et longtemps), soins pourtant peu adaptés à leur situation et donc sans réels bénéfices au long cours, l'approche résidentielle est plus adaptée.

L'hôpital

Le soin résidentiel se répartit lui aussi en deux pôles, les hôpitaux et les centres de traitement résidentiels (certains médico-sociaux : CSST résidentiels, communautés théra-

peutiques et d'autres sanitaires : SSR). Un large consensus se dessine au plan international sur les tâches relevant des hôpitaux dans la prise en charge des addictions. Les données disponibles ne soutiennent pas la notion selon laquelle l'hospitalisation en soi présenterait un avantage spécifique. Elle doit plutôt être réservée aux traitements nécessitant un contrôle médical constant. L'hôpital doit donc se centrer sur son cœur de métier médical : intoxications aiguës, cures de sevrage complexes, comorbidités psychiatriques ou somatiques sévères, repérage et prise en charge des addictions chez des patients hospitalisés... De ce point de vue, la prise en charge en unité hospitalière d'addictologie est adaptée aux cas des axes I et II de l'ASAM. Il s'agit pour l'essentiel des intoxications aiguës sévères, des overdoses, des sevrages complexes (delirium, dépendance alcoolique majeure, poly-dépendance...) et des cas où une pathologie associée (cardiaque par exemple) rend périlleuse une cure de sevrage en ambulatoire. De même, la présence d'une comorbidité psychiatrique majeure qui empêche le traitement à un niveau moins intensif du fait d'un risque pour le patient ou pour autrui ou qui, à elle seule, nécessiterait une hospitalisation, peut aussi conduire à une hospitalisation dans un service disposant de la double compétence addictologique et psychiatrique. Enfin, les usages de drogue ou les troubles du comportement associés qui entraînent un danger manifeste pour les usagers eux-mêmes ou pour autrui, mais aussi la non-réponse à des traitements entrepris dans un cadre moins contraignant et où la persistance du trouble constitue une menace sur la santé physique ou mentale de ces patients, peuvent aussi amener à une hospitalisation.

En France, l'hôpital s'est également doté d'une réponse originale avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Elles assurent un important travail transversal qui peut faciliter le séjour à l'hôpital tout en favorisant l'engagement et l'accompagnement dans la prise en charge d'addictions au cours d'une hospitalisation intercurrente (sevrage tabagique ou substitution nicotinique par exemple).

Le résidentiel hors hôpital

Nous avons déjà pu regretter la quasi-absence d'études conduites en France pour éclairer et évaluer les pratiques de soin dans ces centres. Leurs équipes ont subi les fluctuations des politiques publiques sans avoir réellement les moyens de préciser l'originalité de leur apport, leurs finalités (insertion, psychothérapie), leurs indications et les conditions d'efficacité des prises en charge proposées (modalités, durée...). Dans l'attente d'une première recher-

che à l'occasion de la mise en place de nouvelles communautés thérapeutiques, il faut donc s'appuyer sur les données cliniques et de la littérature internationale. Sous cet éclairage, l'efficacité du soin résidentiel repose sur trois paramètres essentiels : la durée du séjour, le changement d'environnement et le programme thérapeutique.

Projets de traitement résidentiel

Cette forme de traitement est indiquée pour des patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation mais dont la vie et les interactions sociales se sont totalement centrées sur l'usage de substances. Leur manque de compétences sociales et professionnelles comme de motivation personnelle et/ou d'un soutien social susceptible de les aider fragilise le maintien de l'abstinence dans un simple cadre ambulatoire de traitement (axes ASAM III, IV, V et VI). Pour ces personnes, l'offre résidentielle de soins procure un environnement sûr et sans drogue dans lequel les résidents peuvent développer leurs aptitudes personnelles et groupales à prévenir la rechute.

Le changement de milieu offre un répit en séparant le sujet d'un environnement contribuant à entretenir voire à aggraver l'addiction et en proposant un environnement de substitution plus structurant. Les pratiques s'étagent sur un continuum très varié : d'une vie isolée en pleine nature à une confrontation plus quotidienne à la vie sociale, de psychothérapies individuelles à des approches groupales ou communautaires, d'une médiation culturelle ou occupationnelle à une réinsertion par le travail... Mais dans tous les cas, le nouvel environnement fournit des points d'appui plus effectifs aux plans émotionnel, relationnel (équipe et groupe de pairs), mais aussi médical et psychiatrique, à des patients qui, à l'extérieur, n'ont pas accès à un tel soutien. Il permet des soins plus intensifs, durables et contrôlés, ainsi qu'un accompagnement social et un travail de réinsertion plus suivi. L'admission et le séjour en centre résidentiel nécessitent de surcroît un engagement qui rappelle au patient que sa situation est sérieuse. Il réduit d'autant les risques liés au déni et à la banalisation. Le soin résidentiel peut également être attractif du fait des prestations sociales proposées (hébergement, réinsertion...) pour des personnes présentant d'importants besoins sur ce plan et qui précisément sont au cœur du public cible.

Les CSST résidentiels

Les programmes thérapeutiques de ces centres thérapeutiques résidentiels (CTR) bénéficient d'une présence pro-

fessionnelle 24 heures sur 24. Ils fournissent habituellement un soutien psychologique (individuel et/ou groupal), psychoéducatif, médical et un suivi social avec des actions de réinsertion (en interne ou par convention avec des organismes partenaires). L'encadrement professionnel et pluridisciplinaire s'inscrit dans le cadre de procédures validées, explicites et contrôlables. Ces programmes doivent aussi être en lien avec des services médicaux et psychiatriques pour répondre aux besoins des patients et avec des services addictologiques ambulatoires pour assurer un relais d'aval à la sortie qui doit être préparée avec une période de transition. Ils doivent fonctionner en réseaux avec ces partenaires.

La durée de traitement résidentiel est à relier au délai nécessaire pour que le patient remplisse les critères spécifiques prédictifs d'une transition réussie vers un cadre de traitement moins structuré et moins restrictif (un centre de soins ambulatoires par exemple). Ces critères peuvent inclure la démonstration d'une motivation réelle à s'engager dans un programme ambulatoire à la sortie, l'aptitude à rester abstiné dans des situations où les drogues sont potentiellement disponibles (sorties de week-end, travail de réinsertion à l'extérieur du centre, sorties non accompagnées, etc.), un cadre de vie soutenant à l'extérieur (famille, pairs abstinentes, emploi, etc.), une stabilisation suffisante des comorbidités médicales et psychiatriques.

Bien que la durée fréquemment proposée pour une approche résidentielle d'une pathologie alcoolique soit de 28 jours aux États-Unis, aucune étude ne permet de fixer une durée optimale de prise en charge. Cependant, cette durée semble un peu brève par rapport à l'histoire naturelle d'un trouble chronique, au moins pour les patients présentant les désordres les plus sévères. Une durée d'au moins trois mois est associée aux meilleurs résultats (5). La durée n'est réellement corrélée avec l'efficacité que pour les patients présentant les troubles les plus sévères et disposant du moins de ressources sociales. Pour les patients moins sévèrement atteints, la plupart des études ne mettent pas en évidence de lien entre la durée du séjour en centres de traitement résidentiel et l'efficacité (2).

Les communautés thérapeutiques

En l'état actuel des données, les communautés thérapeutiques (CT) se définissent comme des centres résidentiels de long séjour ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polytoxicomanies...) qui leur

procurent un environnement sûr et sans drogue (*drug free*) dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles identificatoires positifs et la pression de groupe (*modeling*). Cette approche va aider les résidents à développer leurs capacités à gérer leur stress et leur détresse, sans drogue, à reprendre confiance en eux-mêmes et progressivement à avancer sur la voie de l'autonomie et de la resocialisation par une responsabilisation croissante, par étapes. Elles sont généralement organisées selon un modèle hiérarchique assez strict, les résidents accédant à des statuts et des niveaux de responsabilité croissants au fur et à mesure que leur attitude témoigne d'un réel respect des personnes et des règles collectives (notamment l'abstinence de produits). Le soutien communautaire vise, notamment par les réunions collectives permettant des échanges sur l'expérience de chacun, à réduire les mécanismes de déni ou de projection qui relativisent l'impact négatif des usages de substances dans la vie du sujet et celle de ses proches.

Ces programmes sont destinés à des patients qui ne peuvent retirer des bénéfices durables de programmes ambulatoires ou de traitements résidentiels "brefs" (CTR) : par exemple, des patients aux nombreux antécédents d'échec de prise en charge antérieure et/ou présentant des troubles psychiatriques associés ou une désocialisation majeure. Les données internationales mettent en évidence une bonne efficacité de l'approche "CT" dans le traitement des toxicomanies pour les personnes qui vont au bout du programme. Ces données sont à relativiser dans la mesure où seules 15 à 25 % des personnes iront au terme du programme, la plupart des abandons ayant lieu dans les trois premiers mois de séjour. Les études de suivi indiquent qu'un minimum de trois mois est nécessaire pour obtenir des premiers bénéfices et que la durée de séjour optimale est largement supérieure : six ou plutôt 12 voire 24 mois (5, 11, 12). Dans ce cas, il est à noter que les programmes communautaires ont des taux de rechute plus faibles et, globalement, obtiennent de meilleurs résultats que les programmes ambulatoires. Des travaux récents mettent en valeur l'utilité d'associer approche communautaire par les pairs et prise en charge professionnelle médico-psychosociale (y compris par TSO) comme étant l'une des meilleures options pour traiter les problèmes duels, addictologiques et psychiatriques, dont on sait qu'ils sont un élément majeur de mauvais pronostic et constituent le premier facteur de rechute. Pour des raisons voisines, cette approche semble également avoir l'une des options les plus efficaces pour la prise en charge de toxicomanes sortant de prison (5).

Les soins de suite et de réadaptation

Les services proposant des SSR sont le modèle dominant de traitement résidentiel en alcoologie. Ils y jouent un rôle essentiel pour prendre en compte les troubles cognitifs associés, mais nous ne développerons pas plus ce point pour rester sur la question du soin résidentiel des addictions et non des conséquences de la maladie addictive. L'appellation de "soins de suite" évoque une représentation linéaire des soins selon un axe "traitement – soins de suite – réadaptation" homologue en alcoologie à celui, bien connu en toxicomanie, de la "cure – postcure – (ré)insertion" qui fut à l'origine du concept de chaîne thérapeutique. Il enchaînait en effet les dispositifs dans une chronologie apparemment cohérente et logique, mais dans laquelle la plupart des usagers n'entraient pas, ou seulement de façon partielle, l'essentiel des prises en charge se faisant en ambulatoire. Dans l'état actuel des choses, ces services sont quelque peu hétérogènes, allant de structures offrant des sevrages prolongés (quatre semaines) jusqu'à d'autres proposant une offre plus globale, médicale et psychosociale, sur des durées de séjour allant d'un à trois mois.

La Fédération nationale des établissements de soins de suite et de réadaptation en alcoologie (FNESAA) qui regroupait 36 établissements en 2005 (1 445 places) propose une chronologie différente : phase de motivation aux soins, assurée par un travail en réseau ; phase de soins aigus, sevrage ; phase de soins de suite et de réadaptation ; et enfin suivi par un travail en réseau. De plus en plus, les objectifs de certaines de ces structures se rapprochent des "soins résidentiels" pratiqués en toxicomanie dans une perspective de prise en charge globale et au long cours. Pour la FNESAA, il s'agit en effet *"d'offrir dans ces services une infrastructure et un accompagnement [...] permettant aux usagers d'accomplir un changement profond, de retrouver un mieux-être, de rompre avec la dépendance, de réapprendre à vivre sans alcool ni autres toxiques, d'aider les usagers à élaborer leur projet de vie et à mettre en place un suivi social, lorsque cela s'avère nécessaire, afin de favoriser leur autonomie, d'élaborer leur programme thérapeutique et/ou pédagogique à partir des besoins des usagers, et à l'individualiser par l'écoute, le dialogue, l'échange et la communication"*.

Propositions

À partir des données de la littérature, et compte tenu de l'évolution des usages et des pratiques dans notre pays, il apparaît nécessaire de consolider et de diversifier l'offre résidentielle de soins : CTR, CT, mais aussi appartements

thérapeutiques et familles d'accueil. Cela permettrait de moduler à la fois le niveau de sûreté de la prise en charge, l'intensité et la durée des traitements administrés pour les adapter aux besoins des patients et à leurs capacités d'auto-nomisation.

Les prises en charge en ambulatoire, médecine de ville ou même CSAPA, trouvent leurs limites face à des situations particulièrement lourdes qui imposent des interventions plus intensives et durables. D'autre part, les mauvaises utilisations des TSO (dépendance primaire, détournement, injection, etc.), le souhait de certains patients de vivre sans support chimique et sans les contraintes d'un traitement chronique font que les demandes de sevrage accompagné se multiplient. Enfin, en l'absence du concours de traitements de substitution et même si des avancées en matière de pharmacothérapie des addictions aux stimulants sont en cours de développement et d'évaluation, l'augmentation des dépendances aux stimulants (cocaïne, amphétamines et dérivés) et des polytoxicomanies (drogues diverses, alcool, médicaments psychotropes...) démultiplie les situations pour lesquelles les approches psychosociales sont centrales, notamment avec les techniques assez prometteuses de renforcement contingent.

Si l'analyse des pratiques professionnelles françaises et des consensus internationaux permet de préciser à quels publics et pour quels besoins les traitements résidentiels sont qualitativement destinés, il reste très difficile d'en évaluer l'ampleur quantitative. Sur le seul domaine des drogues illicites, si l'on en croit les données RECAP 2007 (données CSST 2005), les patients suivis en CSST (90 000) sont pour les deux tiers d'entre eux des personnes ayant des problèmes liés à l'héroïne, la cocaïne ou des polytoxicomanies. Dans cette population, 40 % ont déjà été incarcérés, 30 % présentent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, 10 % vivent sans revenus officiels, 7 % sont sans logement. On peut penser que notre public cible se trouve à la croisée de ces paramètres... Un plancher de 10 % représenterait 6 000 personnes. À rapprocher des capacités d'accueil des CSST résidentiels : 570 places, soit entre 1 500 à 2 000 personnes accueillies/an. Un autre moyen d'approcher le niveau actuel des besoins est celui des demandes adaptées mais non satisfaites faute de place qui s'élèvent souvent à plus du triple des files actives accueillies, aux alentours de 6 000 personnes de nouveau... De fait, le Rapport des experts réclamait en 2006 (3) un doublement des capacités d'accueil en CSST résidentiels pour atteindre rapidement 1 000 places et une meilleure répartition territoriale des SSR. Le Plan addictions 2007-2011 du Ministère de la santé et des solidarités (13) fai-

sait ainsi de l'augmentation des capacités d'accueil, notamment avec hébergement, sa mesure n° 7, dans le cadre du volet médico-social de la prise en charge des addictions. Ces orientations ont été inscrites dans le nouveau Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 présenté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Sur un plan plus qualitatif, il est important de souligner que la littérature internationale relève l'intérêt particulier des approches résidentielles vis-à-vis de certains publics spécifiques qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans notre dispositif (peu ou pas de programmes spécifiques selon les cas) : personnes présentant des comorbidités psychiatriques, détenus/sortants de prison, femmes enceintes et dyades mère-enfant, adolescents et jeunes "addicts" en errance (avec chiens...), problématiques liées au crack, etc.

D'autre part, les CTR, du fait de leurs équipes pluridisciplinaires, de l'évolution de leur projet thérapeutique, de leur insertion dans les réseaux de soins, sont de plus en plus à même de recevoir les patients auxquels ils sont destinés dans de bonnes conditions de sûreté et d'efficacité. Mais trois principales difficultés devraient être prises en compte pour en améliorer l'efficacité : leur financement insuffisant, la faiblesse des dispositifs de réinsertion en aval et les carences en matière d'évaluation et de recherche cliniques. Les capacités d'accueil de personnes présentant des comorbidités physiques ou psychiatriques, pourtant un public cible de ces établissements, sont limitées par les insuffisances de financement qui brident le recrutement de personnels médicaux et paramédicaux et même l'approvisionnement en médicaments nécessaires à ces prises en charge (TSO, psychotropes, antiviraux...). De même, l'insuffisante prise en compte des effets de la loi sur la réduction du temps de travail et des évolutions concernant le travail de nuit conduisent de nombreux CTR à fermer un mois par an ou à réduire voire à supprimer toute présence professionnelle la nuit, réduisant d'autant la sécurité et l'efficacité des prises en charge... Enfin, ce sous-financement réduit les capacités d'accueil et amène à refuser des accueils pourtant nécessaires ou, à tout le moins, à les différer de manière déraisonnable, multipliant d'autant les risques de rechute ou d'aggravation.

Un autre point-clé de l'efficacité de ces prises en charge résidentielles est leur capacité à mettre en œuvre des actions d'insertion ou des relais d'aval avec les structures ambulatoires et les services de réinsertion. Ce lien reste imparfaitement développé et peu valorisé alors que c'est un

ressort essentiel de l'aide qui peut être apportée aux personnes en très grande difficulté accueillies dans ces centres.

Enfin, en dehors de la future évaluation des communautés thérapeutiques (appel d'offres OFDT) qui se met en place à l'occasion de la mise en place de ce programme, on ne peut qu'être frappé par la quasi-absence d'évaluation des effets de la prise en charge en CTR, à court terme et à long terme, dans notre pays. C'est un manque majeur qui limite d'autant les capacités des opérateurs à améliorer la qualité des services et leur efficacité. Les professionnels sont demandeurs, mais là aussi les moyens ne suivent pas.

Conclusions provisoires

Le traitement résidentiel doit faire partie du dispositif global de prise en charge des addictions. Il ne doit pas en être le standard unique, ni intervenir en premier recours, mais il doit être suffisamment présent, innovant et disponible pour être en mesure d'accueillir des patients présentant un niveau sévère de difficultés associées (addictives, psychiques, sociales...) qui les mettent en échec par rapport aux prises en charge de première intention. De ce point de vue, le dispositif français est sous-financé, insuffisant d'un point de vue quantitatif, insuffisamment adapté, d'un point de vue qualitatif, aux pathologies sévères et à certains publics spécifiques et mal évalué et accompagné dans ses évolutions. Néanmoins, le dynamisme des équipes et les orientations actuelles des pouvoirs publics, au travers du Plan addictions et du Plan gouvernemental 2008-2011, laissent augurer des avancées possibles qui nous semblent particulièrement urgentes et nécessaires, et que notre association s'engage à soutenir et promouvoir. ■

J.-M. Delile, J.-P. Couteron
Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions
Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (1) : 27-35

Références bibliographiques

- 1 - Damade M. Quelques points d'histoire concernant les postcures. *Interventions* 1990 ; (27) : 4-8.
- 2 - Finney JW, Moos RH. Effects of setting, duration, and amount on treatment outcomes. In : Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB, Eds. Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase : ASAM, 2003 : 443-451.
- 3 - Lépine JP, Morel A, Paille F, Reynaud M, Rigaud A. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé. Rapport effectué à la demande du Président de la République, octobre 2006.
- 4 - Hervé F. Les liens avec les structures d'hébergement thérapeutique et de réinsertion. 1^{ère} Réunion des acteurs de l'addictologie hospitalière, organisée par la SFA, Paris, 19 octobre 2006.
- 5 - American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd edition. *Am J Psychiat* 2007 ; 164 (4 Suppl.).
- 6 - Gastfriend DR, Mee-Lee D. The ASAM patient placement criteria: context, concepts and continuing development. *J Addict Dis* 2003 ; 22 (Suppl. 1) : 1-8.
- 7 - Mee-Lee D, Shulman GD. The ASAM placement criteria and matching patients to treatment. In : Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB, Eds. Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase : ASAM, 2003 : 453-465.
- 8 - Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, Gastfriend DR, Griffith JH. ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders (ASAM PPC-2R). 2nd revised edition. Chevy Chase : ASAM, 2001.
- 9 - Gira E. Prise en charge des addictions aux États-Unis. Le guide de l'American Society of Addiction Medicine. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (1) : 59-63.
- 10 - Edwards G, Orford J, Egert S. Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J Stud Alcohol* 1977 ; (38) : 1004-1031.
- 11 - Delile JM, Bourgeois M. Les communautés thérapeutiques aux USA. *Interventions* 1994 ; 46 : 28-33.
- 12 - Bourgeois M, Delile JM, Rager P, Peyré F. Les "Communautés thérapeutiques" pour toxicomanes. Bilan et évaluation des soins. *Ann Méd-Psychol* 1987 ; 145 (8) : 699-704.
- 13 - Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Paris : Ministère, 2006.