

5e Conférence Nationale Santé

Mondorf-les-Bains, le 19 mai 2010

Vers un Plan National Alcool

Prévention primaire des mésusages d'alcool

Traitement et réhabilitation des mésusages d'alcool

Soins postaigus



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique **useldange**

Chaîne → Réseau thérapeutique

Modèle interactionnel centré sur la personne

Community Reinforcement Approach (CRA) (Meyers & Smith)
Recovery Community Services Programm (RCSP) (SAMHSA/CSAT)

Ambulatoire

Semi-stationnaire

Stationnaire

Réadaptation

Sevrage qualifié

Postcure

Réhabilitation

Sevrage

Contact

Mouvements d'entraide

Soins postaigus

Préalable

- 75% (voire 90%) des personnes alcoolodépendantes présentent des troubles cognitifs modérés (fonctions exécutives, mnésiques, visuo-spatiales, attentionnelles complexes, etc.) récupérant en général sous maintien de l'abstinence dans un **délai de 3 à 6 mois**
- Facteur de risque pour une **rechute précoce** (taux de rechute de 50% après 3 mois) versus < 30% après 12 mois en cas de réhabilitation stationnaire prolongée) (selon les études, 50-80% de rechutes dans les 12 mois, la plupart endéans les 3 premiers mois)
- Troubles des fonctions exécutives (inhibition, flexibilité, prise de décision)
 - inchangées après 3 semaines de sevrage
-> fréquence des rechutes précoces
 - récupération après 3-6 mois
-> **indication des séjours en centre résidentiel**

Soins postaigus : Evidence based guidelines (1)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Réhabilitation médicale (Entwöhnung) et postcure (Nachsorge) à plus long terme
- Objectifs généraux :
 - prévenir ou réduire les handicaps (au sens de la **International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF - de la WHO, 2001**) de la personne alcoolo-dépendante chronique, résultant des troubles liés à l'alcool
 - améliorer ou rétablir les capacités fonctionnelles et les performances dans les activités quotidiennes et professionnelles (**santé fonctionnelle**)
 - améliorer les troubles psychiques et somatiques cooccurrents ainsi que les complications sociales
 - assurer l'autodétermination et l'implication personnelle dans la situation de vie de la personne
- Objectifs thérapeutiques :
 - formes graves d'abus alcoolique : abstinence / **abstinence à points** (dans les situations à haut risque), réduction de la consommation, programme d'autocontrôle
 - dépendance alcoolique : **abstinence permanente** (également d'autres substances psychoactives, en particulier de benzodiazépines et de drogues illicites), sinon – dans un premier temps – réduction des risques (amélioration de la capacité de contrôle...)

Evidence based guidelines (2)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Planification des soins selon les **principes de l'intervention échelonnée** (stepped care), c-à-d choix de la modalité thérapeutique la moins lourde et la plus prometteuse de réussite et d'efficacité après indication différentielle et individuelle
- **Plans thérapeutiques intégrés** (combinaison d'interventions psycho-, socio- et somatothérapeutiques ainsi que d'autres procédés par des équipes multidisciplinaires, dans des settings ambulatoires, semi-stationnaires (en fonction de la qualité de l'environnement social, de la proximité du lieu de résidence, du soutien au travail...) ou stationnaires
- Réhabilitation médicale, **approches combinées, séquentielles** et réadaptatives, d'abord les moins restrictives et avec le plus de sécurité et d'efficacité possible
- Pour les soins de proximité, il est fait référence au concept de la Community Reinforcement Approach (CRA / CRAFT)
- Durée de traitement de **6 à 12 semaines (thérapies dites brèves)**, sinon de **16 semaines et plus (thérapies dites de longue durée)** en setting stationnaire ; traitement de 6 à 12 mois en setting ambulatoire
- Méthodes thérapeutiques **spécifiques** en addictologie : programmes de prévention des rechutes (autogestion de la consommation), programme des 12 étapes (d'après le concept des Alcooliques Anonymes), pharmacothérapie spécialisée

Evidence based guidelines (3)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Méthodes **aspécifiques** :
 - psychothérapie, psychoéducation, entretien motivationnel, thérapie (cognitivo-)comportementale, entraînement des compétences psychosociales (coping skills training), traitement par immersion (sous réserve), gestion contingente (contingency management), thérapies psychodynamiques (en particulier, approches psychanalytiques-interactionnelles), psychothérapie centrée sur le client, thérapie conjugale et familiale (notamment comportementale, voir contrats d'abstinence, prévention des rechutes...)
 - ergothérapie et thérapie par le travail (réentraînement des performances cognitives, sociales et professionnelles, essais internes / externes de recharge progressive, rétablissement de la capacité de travail...)
 - sociothérapie (développement des compétences de gestion autonome de la situation sociale, guidance financière / juridique, recherche-logement, maintien dans l'emploi, réhabilitation professionnelle...) (l'insertion sociale est un facteur pronostique majeur en alcoologie !)
 - thérapies corporelles (p.ex. relaxation, kinésithérapie, thérapie sportive)
 - thérapies centrées sur les valeurs (le sens, la dimension spirituelle...)

Evidence based guidelines (4)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Traitement des troubles cooccurrents et des groupes cibles à besoins spécifiques (p.ex. patients alcoolodépendants chroniques aux complications multiples et persistantes) (voir plus loin pour la notion de Chronisch Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke – CMA)
- Postcure (postréhabilitation médicale), généralement dans le cadre de traitements **séquentiels stationnaires-ambulatoires** organisés (de préférence) en réseau, sinon avec une interface moins démarquée dans les suites d'une réhabilitation ambulatoire :
 - postcure à proximité du lieu de vie avec implication de l'environnement social ; encadrement professionnel en setting groupal ou individuel, en ambulatoire ou en résidentiel dans des structures intermédiaires (foyers de réadaptation, logements supervisés) (le cas échéant visites à domicile ou en institution socioréadaptative, case management en cas d'alcoolodépendance chronique multicompliquée)
 - postcure addictologique spécialisée ou par des médecins de première ligne (en collaboration avec des centres de consultation addictologiques...)
 - programmes de suivi par téléphone ou par du personnel soignant
 - fréquentation de groupes d'entraide, etc.
 - durée de la postcure : au moins 6 à 12 mois, voire à plus long terme

Populations à besoins complexes

- Jusqu'à **75%** des patients alcoolodépendants présenteraient des troubles cognitifs, dont l'intensité peut être plus ou moins sévère et la réversibilité plus ou moins complète, ceci à plus ou moins long terme. Ainsi, des **troubles cognitifs même sévères peuvent être largement réversibles au terme d'une période pouvant s'étendre jusqu'à environ 2 ans**, dans un cadre associant maintien de l'abstinence alcoolique et entraînement des fonctions neuropsychologiques. De nombreux patients vont par ailleurs se remettre dans un délai pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois d'un **syndrome de postsevrage** (syndrome de sevrage prolongé avec ou sans delirium). La survenue d'un tel syndrome peut être favorisée par différents facteurs de vulnérabilité et intercurrents, comme par exemple le mésusage concomitant d'autres substances psycho-actives (benzodiazépines, etc.).
- Les **troubles cognitifs sévères et persistant à plus long terme**, liés à l'utilisation d'alcool, relèvent des catégories diagnostiques ICD-10 F10.6 (syndrome amnésique ou syndrome de Korsakoff), F10.73 (troubles résiduels : démence alcoolique) et F10.74 (troubles résiduels : troubles cognitifs persistants qui ne remplissent pas encore les critères ni du syndrome amnésique ni de la démence alcoolique). Jusqu'à environ **10%** des patients alcoolodépendants présenteraient un **syndrome amnésique**.

Populations à besoins complexes

- D'autre part, il n'est pas rare que des patients alcoolodépendants présentent des troubles cognitifs sévères et persistants qui sont en tout ou en partie liés à des troubles comorbides, relevant en particulier des catégories ICD-10 F00-09 (**troubles mentaux organiques**). Les précités troubles résiduels ne se limitent par ailleurs pas aux troubles cognitifs, ils peuvent également comprendre des troubles résiduels de la personnalité et du comportement, des troubles affectifs résiduels ainsi que divers syndromes psychotiques.
- Une part importante des patients alcoolodépendants chroniques affectés des précités diagnostics appartient à la catégorie des patients souffrant d'addictions chroniques associées à des impotences sévères et multiples, connue en Allemagne comme catégorie des **CMA** (*Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke*). L'opérationnalisation de la catégorie de ces **chronic multiple handicapped dependents on psychotropic substances** remonte aux recherches d'un groupe de travail initié par le ministère de la Santé fédéral allemand, publiées à la fin des années 1990. La définition proposée comprend plusieurs critères de gravité regroupés sous 4 rubriques : conduite addictive, antécédents thérapeutiques, situation sociojuridique et situation sanitaire. Le dernier critère concerne la fréquente comorbidité psychiatrique et/ou somatique.

Populations à besoins complexes

- La catégorie des **CMA** est en fait **très hétérogène** quant au profil et à la sévérité des troubles, ainsi que quant aux besoins d'aide et d'encadrement. Il s'agit d'une manière générale de patients qui présentent une consommation actuelle de substances, des antécédents de traitements multiples, des syndromes de postsevrage, des troubles dépressifs et anxieux prolongés, des troubles cognitifs, souvent une faible motivation au changement, des pathologies somatiques chroniques, d'importants problèmes sociaux ainsi que des difficultés majeures à participer à la vie en société. Cette catégorie de patients lourdement affectés concernerait jusqu'à environ **10%** des personnes dépendantes de substances psychoactives.
- Si tous les patients dépendants présentant des troubles cognitifs n'appartiennent pas à la catégorie des CMA, il est tout aussi vrai que tous les CMA ne souffrent pas de troubles cognitifs significatifs ou fonctionnellement invalidants. Pourtant, les CMA **fréquentent abondamment les différents dispositifs sociosanitaires** et ils ont souvent des sevrages itératifs, compliqués et prolongés à leur actif. Les troubles mentaux et du comportement cooccurrents concernent à peu près toutes les catégories diagnostiques, notamment les troubles psychotiques, affectifs, anxieux, etc. et les troubles de la personnalité.

Populations à besoins complexes

- Faute de disposer d'études épidémiologiques et de données statistiques représentatives concernant les personnes alcoolodépendantes au Luxembourg, nous sommes réduits à baser nos estimations relatives à la prévalence des troubles sous discussion sur des extrapolations sommaires à partir d'études réalisées à l'étranger : nous pouvons ainsi estimer qu'il y a au **Luxembourg** environ 10.000 personnes souffrant d'alcoolodépendance, et environ **1.000 personnes** souffrant d'addictions chroniques associées à des impotences multiples.

catégories des severely dependent drinkers
et des drinkers with complicated needs

Populations à besoins complexes

Le dispositif allemand (1)

- Plusieurs auteurs comme Kruse et al. (2000), Wienberg et Driessen (2001), Wienberg (2002), Längle et al. (2005) ont souligné d'un point de vue santé publique et psychiatrie sociale l'importance de ne pas négliger certaines populations particulièrement précarisées de personnes alcoolodépendantes.
- Forcée vers la fin des années 1980, la notion de Chronisch Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke **(CMA)** a été opérationnalisée par Küfner et al. (Arbeitsgruppe CMA, 1999), Hilge et Schultz (1999), Leonhardt et Mühler (2006).
- Même si cette catégorisation a pu être critiquée par la suite, elle a pu contribuer à soutenir l'attention sur la population cible en question et au développement de stratégies d'intervention la concernant.

Populations à besoins complexes

Le dispositif allemand (2)

- Ainsi, la création de **foyers sociothérapeutiques** ciblés sur les CMA, en particulier pour ceux souffrant de déficits cognitifs (Korsakoff) a pu se développer (Steingass, et al., 2002 ; Steingass, 2004). Des projets de **suivi ambulatoire intensif de longue durée comme ALITA** (Wagner et al., 2003 ; Reinhold et al., 2004 ; Stawicki et al., 2007) ou **plus bref de bas seuil** (Borbé et al., 2003) ou centrés sur le **case management** (p.ex. Banger et al., 2007) ont été mis au point.
- Le groupe cible des **sans abris** souffrant d'addictions et fréquemment de **comorbidités** (psychiatriques) sévères (Fichter et Quadflieg, 2003 ; Salize et al., 2003) – errant généralement à l'intersection des structures de la psychiatrie, de l'addictologie et du social (Wessel, 2002) – devrait être rencontré par des **approches communautaires intégrées** (Längle et al., 2006) et des concepts addictologiques basés sur la **priorisation des objectifs** et la **réduction des risques** (Körkel, 2007).

Populations à besoins complexes

Le dispositif français (1)

- Le secteur institutionnellement très disparate des « cures » et « postcures » en alcoologie, scindé en structures **sanitaires** (de type moyen séjour, maison de repos, de convalescence, de santé mentale, clinique...) et structures **sociales** (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – CHRS – spécialisé en alcoologie) selon un mode d'organisation traditionnel sans cohérence nationale, vient donc d'être redéfini par les récents décrets et circulaires sus-mentionnés sur la filière de soins en addictologie : les établissements sanitaires SSR y sont définis comme structures de recours de niveau 2, spécialisées pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives (Kusterer, 2009).
- Les **Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA)**, anciennement dénommés « centres de postcure », se présentent dans cette filière comme structures de **prise en charge post-aiguë de 4 semaines à 3 voire 6 mois**, par rapport auxquelles les CHRS spécialisés en addictologie (CHRSA) sont à la fois des structures alternatives et de relais. Un recensement large des CSSRA, incluant les petits hôpitaux ayant une activité SSR en addictologie, donne au total environ 80 structures totalisant un peu moins de 2.500 lits, auxquelles on peut rajouter environ 10 CHRSA disposant d'un peu moins de 500 lits ; pris dans des difficultés financières, certains de ces CHRSA auraient demandé leur réorientation en CSAPA avec hébergement, en centre thérapeutique résidentiel ou en appartement thérapeutique (Kusterer, 2009).

Populations à besoins complexes

Le dispositif français (2)

- Tenailleau (2006) distingue **3 types de SSR** pouvant répondre à des besoins différents : 1. les soins de suite et de réadaptation en alcoologie (projet thérapeutique médico-psycho-social, élaboration psychothérapeutique...), 2. les soins de suite et de réinsertion en alcoologie (projet socio-éducatif, réinsertion sociale...), **3. les soins de suite et de réadaptation cognitive (temps intermédiaire entre l'aigu et le SSR alcoologique, programme de récupération cognitive spécifique...)**. Des centres de réadaptation somatique et cognitive spécifiques en alcoologie, sur un recrutement par grande région (plateau médico-technique) seraient à créer (sans faire l'impasse sur le problème des **patients définitivement invalidés requérant une solution de type long séjour**, ni sur le problème des établissements de type Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) versus création d'asiles pour « vieux alcooliques », le cas échéant dans les anciens hôpitaux psychiatriques...). La différenciation entre séjours de type MCO (soins alcooliques résidentiels complexes) et séjours de type SSR serait à clarifier.

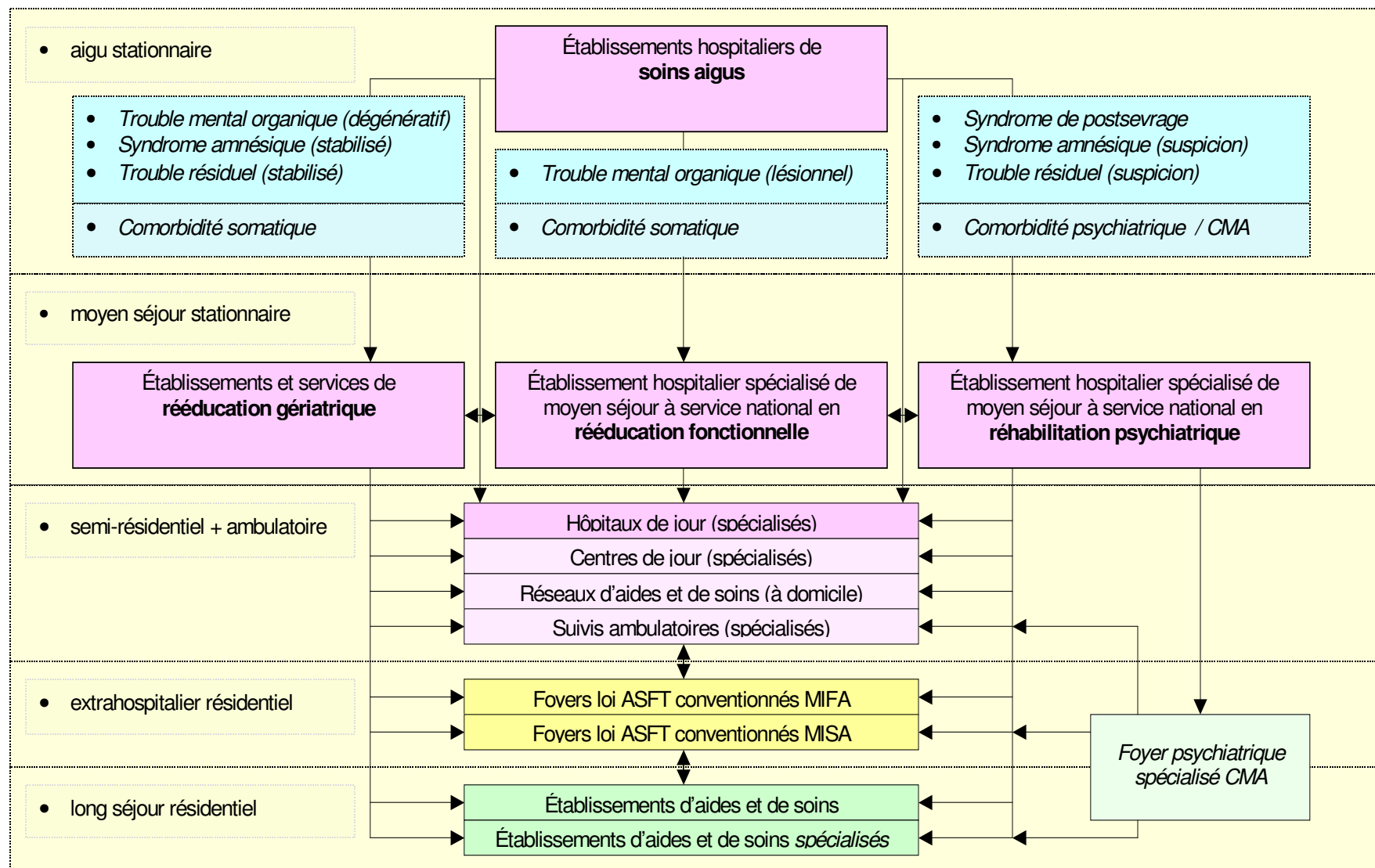
Populations à besoins complexes

Le dispositif français (3)

- Kusterer (2009) distingue lui aussi plusieurs besoins non couverts : des zones géographiques dépourvues de SSRA traditionnels ; par grande région sanitaire, un **SSRA à orientation cognitive pour les « Korsakoff » susceptibles d'être réversibles** (plateau technique de pointe, collaboration hospitalière...) (projet également soutenu par d'autres éminents spécialistes, notamment en neuropsychologie, comme Eustache, 2008) ; par grande région sanitaire, un **SSRA accueillant mère ou père et enfant en bas âge** ; des structures médico-sociales (moins médicalisées que les SSRA), de type CSAPA avec **hébergement orienté alcoologie** (durées de séjour de 3 à 12 mois) ; des structures d'hébergement pérennes (type MAS ou Maison-Relais) pour les **« Korsakoff » irréversibles de moins de 55 ans** et les patients qui après de multiples échecs de réinsertion nécessitent un accompagnement prolongé (...).

Circuits de soins pour patients alcoolodépendants chroniques

Orientation postaiguë en cas de troubles cognitifs sévères



Principaux facteurs décisionnels :

- Diagnostics ICD et ICF
- Antécédents de type CMA
- Séjour actuel (durée, évolution)

Motivation et compliance

- Autonomie AVJ
- Fonctionnement psychosocial
- Capacité d'abstinence

État psychopathologique

- Bilan neuropsychologique
- Comorbidité somatique
- Insertion et soutien social

Gestion des interfaces :

- Conventions interinstitutionnelles
- Réunions de case management

Réseau thérapeutique :

- Modèle interactionnel
- Structures sociales non représentées

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

➤ Stigmatisation de l'offre nationale

- stigmatisation de l'« alcoolisme » et des « alcooliques » dans un pays exigu à niveau de vie élevé
- (...)

➤ Benchmarking international

- facteurs structurels liés à l'exiguïté du pays
- projet d'amélioration du dispositif national
 - o comme alternative de qualité
 - o comme offre complémentaire

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

➤ **Attraits des cures à l'étranger**

- Anonymat et Discrétion
- Statut social
- Mise à distance du contexte
- Écran psychosomatique
- Qualité de l'offre thérapeutique
- Confort de l'hôtellerie
- Wellness et tourisme
- Mythe de la guérison à l'étranger
- (...)

➤ **Avantages des séjours au pays**

- Accès non bureaucratisé
- Proximité loco-régionale
- Facilités linguistico-culturelles
- Prévention de la désinsertion sociale
- Approche systémique/familiale
- Réadaptation psychosociale
- Suivis intégrés de postcure
- Continuité des soins
- (...)

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

ctu centre thérapeutique **useldange**



Dans le cadre du Plan stratégique du CHNP :

Projet de modernisation du CTU :

- Augmentation de la capacité stationnaire de 40 à 58 lits par un transfert de lits du site d'Ettelbruck avec redéfinition conceptuelle
- Restructuration en 3 unités de soins à concepts spécifiques :
 - Unité d'alcoologie A, à concept psychosociopédagogique
 - Unité d'alcoologie B, à concept psychothérapeutique
 - Unité de psychosomatique, à concept psychothérapeutique (« suchtnahe psychosomatische Rehabilitation »)
- Amélioration de l'infrastructure thérapeutique, sportive et hôtelière
- Hôpital de jour intégré (6 places), foyers de réadaptation (13 places) et groupes de postcure ambulatoire

ctu centre thérapeutique useldange



© CTU PH 01.06.2009

ctu centre thérapeutique useldange



revivre sans reboire

ctu centre thérapeutique useldange



© CTU PH 01.06.2009

ctu centre thérapeutique useldange



ctu centre thérapeutique useldange



ctu centre thérapeutique useldange



5e Conférence Nationale Santé

Mondorf-les-Bains, le 19 mai 2010

Vers un Plan National Alcool

Merci



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique **useldange**