



**ÉLARGIR L'OFFRE DE SOIN D'UN SSR EN ALCOOLOGIE
POUR AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE MALADES
ATTEINTS DE TROUBLES COGNITIFS**

Jean-Eric HAIM

2008

cafedes



Remerciements

Je remercie l'ensemble du personnel de l'établissement qui, par sa participation aux différents groupes de travail, m'a permis de donner du corps à ce projet.

Je remercie Marielle, Nathalie, Michel et Ollivier, mes proches collaborateurs qui m'ont soutenu et m'ont permis de réaliser cette formation dans de bonnes conditions.

Je remercie tout particulièrement Isabelle Foulonneau pour son soutien et sa relecture attentive.

Je remercie vivement le médecin chef de l'établissement, Dr Frédéric Pinton, porteur du concept thérapeutique, pour la qualité des échanges que nous avons eu et les nombreuses informations dont il m'a fait part.

Je remercie chaleureusement tous mes compagnons d'aventure qui, durant ces mois de formation, m'ont fait partager de belles expériences.

Je remercie grandement Vivette Tiercelin, responsable de formation CAFDES et Catherine Leveau, responsable du Pôle Formation à l'IRTS pour leur guidance et leurs conseils judicieux dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, pour leur soutien moral dans les moments de doute.

Je remercie Serge Coquilleau, Président de l'association La Gandillonnerie, pour son soutien pendant toute cette période de formation.

Je remercie enfin très affectueusement mon entourage, à commencer par Corinne et nos filles qui ont su faire preuve de patience et de compréhension face à mon manque de disponibilité et mes absences, sans oublier mes deux frères ni mes parents qui ont toujours été là pour m'encourager.

Sommaire

Prologue.....	1
Introduction	1
I. La Gandillonnerie : un centre pour malades alcooliques.....	3
I.1. Un établissement de soins classique récent	3
I.2. Les malades alcooliques accompagnés, un essai de caractérisation	4
I.2.1. A propos de la maladie alcoolique	4
I.2.1.1. Historique de la notion d'alcoolisme	4
I.2.1.2. Une définition française.....	4
I.2.2. Les patients du SSR Alcoolologie.....	5
I.2.2.1. Une origine régionale et nationale	5
I.2.2.2. Des profils multiples	7
I.2.2.3. Des parcours de soins diversifiés.....	9
I.3. Un accompagnement à visée thérapeutique.....	10
I.3.1. L'accompagnement psychothérapeutique	11
I.3.1.1. Les thérapies de groupe	11
I.3.1.2. Le suivi individuel	14
I.3.1.3. Les activités thérapeutiques.....	14
I.3.1.4. Les réunions d'information	16
I.3.2. La sociothérapie et la réadaptation.....	17
I.3.2.1. Les ateliers thérapeutiques	17
I.3.2.2. La formation professionnelle	18
I.3.2.3. Les activités de sports et de loisirs.....	18
I.3.2.4. Les mouvements d'entraide	19
I.3.2.5. « L'accueil téléphonique entourage »	19
I.4. Une équipe pluridisciplinaire, fortement inscrite dans le soin	20
I.4.1. L'équipe médicale	20
I.4.2. L'équipe paramédicale.....	21
I.4.3. L'équipe sociale	21
I.4.4. L'équipe de responsables d'ateliers.....	22

I.5. Un accompagnement produisant des résultats contrastés	22
I.5.1. Des objectifs partiellement atteints.....	22
I.5.2. La recherche des causes	24
I.5.2.1. La qualité des soignants	24
I.5.2.2. Le modèle thérapeutique	24
I.5.2.3. La connaissance de la maladie alcoolique	25
I.5.3. Un éclairage nouveau sur la maladie et ses effets.....	26
I.6. L'offre de service confrontée aux déficiences cognitives	27
II. Comprendre la maladie alcoolique et sa prise en charge pour améliorer l'accompagnement des malades	29
II.1. La maladie alcoolique	29
II.1.1. L'alcoolisme : une maladie longtemps tabou.....	29
II.1.2. Une réalité sanitaire, sociale et économique.....	31
II.2. Sur les Politiques Publiques	34
II.2.1. Avant les années 2000	34
II.2.2. A l'aube du vingt-et-unième siècle.....	34
II.3. Les stratégies thérapeutiques	37
II.4. Les troubles cognitifs	39
II.4.1. Les troubles cognitifs, des freins à la compréhension.....	39
II.4.2. Les troubles cognitifs d'origine alcoolique, un phénomène réversible	41
II.4.3. Les troubles cognitifs et les politiques publiques.....	42
II.4.4. Des modèles thérapeutiques.....	43
III. Elargir l'offre de soins du SSR pour améliorer l'accompagnement des malades alcooliques atteints de troubles cognitifs	45
III.1. Les principes fondateurs du projet	45
III.1.1. Conjuguer les intérêts de chacune des parties	45
III.1.2. Approfondir la réflexion et ne pas rester isolé	46
III.1.2.1. Une réflexion en interne.....	46
III.1.2.2. Une réflexion avec des experts.....	47
III.1.2.3. Une ouverture aux acteurs externes du territoire.....	47
III.1.2.4. Un positionnement au niveau national.....	47
III.1.3. Inscrire le modèle thérapeutique dans un parcours de soin.....	48
III.2. La création d'une unité spécifique intégrée pour élargir l'offre de service.....	48
III.2.1. Les fondements du projet thérapeutique	48
III.2.2. Un projet thérapeutique inspiré du modèle Korsakoff	49

III.2.2.1.	Première phase : diagnostic des troubles des fonctions cognitives ...	49
III.2.2.2.	Deuxième phase : le déroulement des soins du patient.....	51
III.2.3.	La composition de l'équipe, une approche plus rééducative	52
III.2.4.	Un projet architectural qui réponde aux besoins des patients	56
III.2.5.	Les aspects financiers	58
III.2.5.1.	Plan de Financement	58
III.2.5.2.	Budget Prévisionnel ou EPRD	58
III.2.6.	Le parcours administratif.....	59
III.3.	Evaluer le nouveau dispositif	61
III.3.1.	L'évaluation HAS	61
III.3.2.	Les difficultés de l'évaluation	62
III.4.	Calendrier général du projet.....	63
Conclusion.....		65
Bibliographie		67
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

AA : Association des Alcooliques Anonymes
AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
AFPA : Association de Formation Professionnelle pour Adulte
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
AT : Analyse Transactionnelle
CA : Conseil d'Administration
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie
CHRS : Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CRAA : Collège Régional des Alcoologues Aquitains
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSS : Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la Santé Publique
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses
ETP : Equivalent Temps Plein
FFA : Fédération Française d'Addictologie
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FNESAA : Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie
HAS : Haute Autorité de Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT : Observatoire français des Drogues et Toxicomanies
PNL : Programmation Neuro-Linguistique
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

SFA : Société Française d'Alcoologie
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Alcoologie
T2A : Tarification À l'Activité
TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

**« Est alcoolique celui qui a perdu
la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool »**

Pierre Fouquet

Psychiatre

Père de l'alcoologie française - 1950

Prologue

François, 36 ans est sur le quai de gare de Poitiers. Il attend...Qu'attend-il ?

Il ne sait plus.

François est perplexe. Que fait-il là ? Il ne se souvient plus. Il ne se souvient plus qu'il est resté trois semaines dans un état de démence...

Mais sa démence est particulière, elle est due à la consommation trop importante d'alcool.

Il ne se souvient plus que son entourage est fatigué et souhaite qu'il soit enfin pris correctement en charge.

Son médecin traitant hésite, où l'envoyer ? En service de neuropsychiatrie ? En Hôpital psychiatrique ? Mais il y a cet alcool...que faire ?

Il a entendu parler de ces centres SSR Alcoologie, postcure, et des résultats obtenus. Il décide finalement de l'envoyer dans l'un d'entre eux.

Et ce lundi matin de février, François attend sur ce quai de gare. Il se sent quelque peu perdu.

Un taxi s'arrête, lui demande de monter...

Le voilà arrivé au centre. Conformément aux règles spécifiques de l'établissement, il est accueilli par un infirmier qui commence par lui donner les consignes, lui parle de contrat de soins, d'atelier thérapeutique, de l'organisation de ses journées...

Le voilà enfin seul pour digérer toutes ces informations...Mais, blanc dans sa tête, il ne se souvient plus de ce qu'il doit faire, il ne se souvient plus qu'il a maintenant rendez-vous avec le médecin à 14h.

Il veut retourner dans sa chambre. Mais où est-elle donc ?

Le médecin, lui, l'observe dans le couloir. Lui aussi est perplexe. Il se rend compte qu'il a en face de lui un « cas d'espèce », un de ces patients atteints de troubles cognitifs dus à l'alcool, sujet qu'il aborde régulièrement depuis quelques temps avec certains de ses confrères. Il se rend compte que ses « outils » traditionnels ne sont pas adaptés à cette pathologie...

Mais il veut répondre aux besoins de François...

Depuis quelques temps, il travaille sur le sujet, il a même un projet. Va-t-il enfin se décider à faire évoluer le modèle thérapeutique actuel ?...

Introduction

Le Centre Postcure La Gandillonnerie, SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) dans le domaine de la maladie alcoolique a ouvert ses portes en Juin 1999 dans le Pays Civraisien, à 40 km de Poitiers. Fort de ses 70 lits, il est l'un des plus gros établissements en France (sources FNESAA, Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie) dans le domaine privé à but non lucratif (association loi 1901) et PSPH (Participant au Service Public Hospitalier). Les patients de tous âges et des deux sexes sont accueillis sur une durée maximale de 3 mois, après, la plupart du temps une cure de sevrage. Les thérapies prodiguées sont nombreuses, elles répondent à une méthodologie classiquement répandue sur le territoire et conforme à la 2^{ème} conférence de consensus des 7 et 8 mars 2001 « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage »¹. Ce modèle thérapeutique se décline sur plusieurs axes : groupes de parole, réunions d'information sur l'alcoologie et les différentes drogues (tabac, substances psycho actives...), séances de vidéothérapie, ateliers thérapeutiques. Il fait appel à l'écoute, l'attention, la parole et à un minimum de capacités cognitives de la part du patient (mémorisation, faculté d'adaptation, etc.).

En prenant mes fonctions de directeur de l'établissement en 2005, j'ai découvert un établissement sain, du point de vue économique, une équipe soignante jeune et volontaire, soucieuse du bien-être du patient, dans une dynamique d'amélioration continue des processus thérapeutiques. Une des spécificités de l'établissement est que chaque membre du personnel, qu'il soit soignant ou administratif, a la possibilité de participer à l'accompagnement du patient à travers différentes activités. Une autre des spécificités est celle qui concerne la mise en place de réunions bimestrielles du personnel pour échanger et remettre en question leurs pratiques. C'est au cours d'une de ces réunions qu'est remonté le fait qu'une part non négligeable des malades semblait rester partiellement en dehors de la dynamique des soins et que les médecins avaient repéré des déficiences intellectuelles qui semblaient liées à la consommation d'alcool. En complément de ce constat, lors d'un congrès de la SFA (Société Française d'Alcoologie) en mars 2004 sur le thème « Conduites addictives et troubles cognitifs » auquel participait l'un des médecins du Centre, cette hypothèse s'est trouvée confortée par les travaux présentés par d'autres médecins œuvrant dans le domaine. Les différents intervenants démontraient les liens étroits entre alcool et cognition, les altérations spécifiques ou non de la sphère cérébrale et donnaient des exemples de méthodes thérapeutiques possibles.

¹ 2^{ème} Conférence de Consensus « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » des 7 et 8 mars 2001, Texte court et Texte des recommandations

Déjà, en 2001, les partenaires de la conférence de consensus citée ci-dessus déclaraient : « Ces troubles compliquent les divers aspects de la prise en charge du patient et nécessitent un accompagnement adapté ».

Face à cette prise de conscience d'une prise en charge de la maladie alcoolique incomplète laissant de côté un certain nombre de nos concitoyens sans soins adaptés et en présence d'une équipe jeune, en recherche d'optimisation de leurs pratiques dans l'intérêt du patient, j'ai décidé d'initialiser un projet d'envergure et innovant pour améliorer la prise en charge des patients atteints de ces troubles.

Comment alors partir de ce diagnostic pour élargir les compétences de l'établissement, voire du champ SSR en alcoologie pour cette amélioration?

C'est pour répondre à cette question, à laquelle aucune structure n'apporte à l'heure actuelle en France de solutions satisfaisantes, que plusieurs groupes pluridisciplinaires ont été constitués dans l'établissement afin d'élaborer d'une part, un programme thérapeutique adapté à ce type de pathologie, et d'autre part, réfléchir sur la création d'une unité spécifique de 30 lits pour accueillir les malades avant de bénéficier d'un traitement classique.

La première partie de ce mémoire nous permettra de faire une présentation de l'établissement, de la maladie alcoolique et des patients accueillis. Nous présenterons également l'accompagnement thérapeutique actuel qui se décline sur deux axes principaux, l'accompagnement psychothérapeutique et la sociothérapie et réadaptation. Puis, après avoir décrit l'équipe soignante, au sens large du terme, nous terminerons cette partie par le constat d'une insatisfaction quant aux résultats obtenus et la problématique qui en résulte.

Dans un deuxième temps, nous approfondirons la compréhension de la maladie alcoolique, du point de vue sanitaire, économique, social et du point de vue des politiques publiques. Comment se fait-il que cette maladie, qui concerne des millions d'individus, ne soit pas prise en compte dans toutes ses dimensions? Que sont les troubles cognitifs d'origine alcoolique? Comment pouvons-nous améliorer leur prise en charge et permettre à tous les malades alcooliques d'être abstinents?

C'est au travers de ce questionnement développé en deuxième partie et de la problématique posée précédemment que nous pourrons élaborer une réponse d'amélioration que nous exposerons en troisième partie de ce mémoire.

Nous présenterons alors notre projet d'élargissement des soins du SSR qui se concrétise par la création d'une nouvelle unité et le recrutement de personnel qualifié complémentaire.

I. La Gandillonnerie : un centre pour malades alcooliques

I.1. Un établissement de soins classique récent

Le Centre de La Gandillonnerie est un Centre Postcure classé en Soins de Suite et de Réadaptation dans le domaine Alcoolologie. Il est géré par l'Association La Gandillonnerie, sise à Payroux dans le Sud Vienne.

Ce projet, créé et mis en œuvre par le Maire du village, sensible sur la question sociale et déjà investi dans une maison de retraite et une Communauté d'Accueil Familial Thérapeutique pour malades psychiatriques, est né du constat qu'aucune structure de soins pour malades alcooliques n'existait en Vienne, voire en Poitou-Charentes. Concrétisé au bout de 9 ans de procédure, le Conseil d'Administration a été constitué selon le modèle public, c'est-à-dire composé entre autres d'élus du Conseil Municipal et de la Communauté de Communes.

Il est ouvert depuis Juin 1999 et emploie 39 ETP (Equivalent Temps Plein).

Il a une capacité de 70 places et accueille les patients sur une durée maximale de 90 jours. Non seulement mixte (il reçoit 20 à 25% de femmes), il a la particularité d'admettre les enfants de 6 mois à 6 ans, afin de diminuer un éventuel traumatisme de rupture parent-enfant.

SSR, il a pour vocation de proposer des soins résidentiels pour des patients dépendants, après un sevrage standard ou après des soins résidentiels complexes de 4 semaines maximum. Cette « pré-phase » de sevrage décrite dans une première conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant »². Le sevrage est, selon cette conférence, « une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale d'alcool. Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme. Moment de rupture, il favorise et renforce la prise de conscience de la dépendance à l'égard de l'alcool, prélude à la reconquête de l'autonomie et à la mise en œuvre d'un nouveau projet existentiel ». Le sevrage est défini par les experts réunis lors de cette 1^{ère} conférence de consensus comme étant l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique. Cette « pré-phase » peut-être suivie de soins résidentiels complexes. Vient ensuite la possibilité pour le patient d'effectuer un séjour en postcure pour asseoir ou acquérir l'abstinence. Le rapport de mission « Les

personnes en difficultés avec l'alcool »³ des Professeurs Parquet et Reynaud (1999), parle des postures en ces termes : la posture est indiquée « pour les personnes ayant un réel besoin de consolider leur abstinence...dans un projet global de réhabilitation du patient...dans le cadre d'un véritable contrat passé entre malade et thérapeute... ».

I.2. Les malades alcooliques accompagnés, un essai de caractérisation

I.2.1. A propos de la maladie alcoolique

Dans un pays où tout le monde ou presque consomme des boissons alcoolisées ou alcooliques, il est important de définir ce qu'est la maladie alcoolique et de définir les critères permettant de poser le diagnostic afin de mettre en place le traitement le plus pertinent.

Le concept même de la maladie alcoolique a évolué au cours du temps.

I.2.1.1. Historique de la notion d'alcoolisme

Ce concept a été développé par un double courant social et médical depuis le milieu du XXème siècle, sous l'impulsion des Alcooliques Anonymes (AA). Ce mouvement a été créé en 1935 aux USA par deux alcooliques, un courtier en bourse et un chirurgien, qui décident d'aider d'autres alcooliques après avoir constaté qu'en partageant leur maladie ils réussissaient à conserver leur abstinence. Ce mouvement arrive après la seconde guerre mondiale en Europe et seulement en 1960 en France, pays de tradition viticole.

Dans le milieu médical, le docteur E.M.Jellinek (1890-1963), qui a été incontestablement la plus grande autorité mondiale dans le domaine de l'alcoolisme, définit l'alcoolisme comme lié à l'usage de boissons alcooliques dommageable à l'individu, la société ou les deux.

Cette approche globale est un pas important dans l'évolution de la prise en compte de cette maladie. L'alcoolisme ne disparaît plus derrière des complications médicales ou sociales. On passe d'une définition de cette maladie par ses complications à celle d'une entité décrite par tous ses caractères médicaux et sociaux.

I.2.1.2. Une définition française

Le docteur Pierre Fouquet⁴, précurseur et père de l'alcoologie française, est le premier à parler de maladie alcoolique, de concept d'Alcoologie, il a proposé une définition de

² 1^{ère} Conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant », 17 mars 1999, Maison de la Chimie – Paris

³ Les personnes en difficulté avec l'alcool « Usage, usage nocif, dépendance : propositions » CFES, Paris, coll. « dossiers techniques », Professeurs Parquet et Reynaud, 1999

⁴ Lettres aux alcooliques, Pierre Fouquet, RIOM Laboratoires-CERM

l'alcoolisme encore largement utilisée : « est alcoolique celui ou celle qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool ». Cela implique que la possibilité de maîtriser sa consommation est perdue. Lorsque la dépendance s'est installée, un retour en arrière est impossible : le buveur ne peut retrouver cette maîtrise, ni une consommation socialement « normale ».

C'est ainsi que l'alcoolisme est défini comme une toxicomanie à l'alcool. C'est l'organisation de la vie du malade autour de sa consommation d'alcool qui caractérise ce processus.

Aujourd'hui la notion de maladie alcoolique est souvent remplacée par les notions « d'alcoololo-dépendance » ou « d'addiction à l'alcool ».

Cependant, le terme « malades alcooliques » est toujours utilisé. Il est en effet intéressant car il insiste sur le fait que les personnes souffrant « d'un problème avec l'alcool » ne doivent pas être considérées comme des faibles, moralement coupables mais comme des malades qui peuvent être aidés par des moyens médico-sociaux adaptés.

Plusieurs classifications depuis les débuts de l'Alcoologie ont été proposées. Dans un pays où les traditions associant l'alcool sont aussi importantes, nous retiendrons finalement celle qui répertorie les consommateurs d'alcool en quatre grands groupes d'inégales grandeurs selon l'usage qui est fait du produit.

☞ Le non-usage : il comprend les non consommateurs c'est-à-dire les personnes n'ayant jamais bu d'alcool, les abstinents, etc...Il s'agit d'une faible proportion de la population.

☞ L'usage normal : il comprend les consommateurs « modérés », buvant de manière modérée, parfois quotidiennement mais en quantité réduite, ils ne posent pas de problèmes en matière de santé. Il s'agit des 2/3 de la population environ.

☞ Le Mésusage sans dépendance : ce groupe concerne les consommateurs à risque et consommateurs à problèmes. On évalue dans les années 2000 à 5,5 millions le nombre des consommateurs de cette catégorie. Leur consommation pose des problèmes physiques, psychiques ou sociaux, mais ils ne sont pas dépendants a priori.

☞ Le Mésusage avec dépendance : il s'agit du consommateur dépendant ou alcoololo-dépendant. On estime entre 1,5 et 2 millions le nombre des malades alcooliques, c'est-à-dire dépendant physiquement ou psychiquement de l'alcool. Ce sont ces derniers qui constituent la population accueillie dans le SSR.

I.2.2. Les patients du SSR Alcoologie

I.2.2.1. Une origine régionale et nationale

Le Centre La Gandillonnerie (70 lits) est le seul établissement SSR du département. La région Poitou-Charentes compte 3 établissements dont une structure spécialisée comme La Gandillonnerie avec 48 lits en Charente Maritime et un en secteur spécialisé du centre

hospitalier du Nord Deux-Sèvres avec 10 lits. Bien que la volonté des autorités régionales soit de recentrer l'activité sur les patients du Poitou-Charentes⁵, le centre accueille quelques patients hors région.

Le taux pour la région Poitou-Charentes est stable depuis son ouverture en 1999 et se situe entre 30 et 35%. Le département de la Vienne reste le pourvoyeur principal avec un taux stable de 30% par rapport aux autres départements. La Charente « progresse » d'années en années passant de 15% au début à 25% en 2007. Viennent ensuite la Charente Maritime et les Deux Sèvres dont le taux fluctue selon les années entre 10% et 25%.

Ce constat est assez différent de ce que l'on peut constater dans d'autres régions où les établissements SSR en Alcoologie pourront avoir des taux régionaux avoisinant les 100%. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. Il s'agit soit de régions à forte population alcoolique comme la Bretagne ou l'Alsace, soit de régions fortement peuplées comme la région Ile de France par exemple. Mais cela peut s'expliquer aussi par la taille de l'établissement puisque la plupart des établissements ont en moyenne une trentaine de lits. La Gandillonnerie est l'un des plus gros SSR en Alcoologie sur un seul site en France, ce qui explique aussi ces origines diversifiées.

En tenant compte du Limousin, région limitrophe la plus proche, et qui ne compte aucun établissement SSR en Alcoologie, le taux de répartition avoisine les 48%.

Les autres régions « pourvoyeuses » par ordre d'importance sont l'Aquitaine et la région Ile de France. L'Aquitaine est devenue au fil des années un partenaire privilégié passant de 5.3% en 2002 à 12.3% en 2007. Cet afflux s'explique notamment par le fait que nous sommes adhérents au CRAA, (Collège Régional des Alcoologues Aquitains) et avons des liens privilégiés avec les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire d'Alcoologie) de Bordeaux, Dax et Arcachon du département de la Gironde. La région parisienne présente une évolution inverse, représentant plus de 25% les premières années et 14,8% en 2007 qui s'explique certainement par le peu de liens avec les services d'alcoologie de cette région. En ce qui concerne les autres régions de France, et d'une manière relativement stable, il y a le Nord Pas de Calais (6%), le Midi-Pyrénées (6%), la Région Centre (6%), et occasionnellement le Haut Rhin ou les Alpes Maritimes.

Le recrutement national est aussi motivé par l'intérêt thérapeutique que représente l'éloignement géographique du patient de sa région d'origine, voire par le manque d'effet de séjours répétés dans des établissements d'une même région. Les patients sont volontaires, ce qui est important pour engager un travail sur soi dans un lieu et temps propices à la reconstruction de la personne, du point de vue biologique, psychologique et social.

⁵ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS III, ARH Poitou-Charentes, 2006-2011

Peut-on, malgré cette diversité définir un profil type du malade alcoolique ?

I.2.2.2. Des profils multiples

Autant il est facile de classer les consommateurs d'alcool, autant il est quasiment impossible de définir un profil type du malade alcoolique. Bien des chercheurs ont tenté de classer les facteurs amenant à cette dépendance, mais en vain.

L'établissement n'a qu'une dizaine d'année de recul et peu de statistiques. Les SSR Alcoologie adhérents de la FNESAA ont mis en place un outil statistique dès 2006 pour essayer de mieux connaître la population reçue. La Gandillonnerie a démarré cette collecte d'information en janvier 2008. Le constat, avec 8 mois de recul, est qu'il y a cohérence entre les différents établissements. Au total, sur 35 adhérents, seuls 6 ont répondu et il est encore trop tôt pour faire une analyse typologique pertinente.

Au demeurant, au niveau de l'établissement, alors que la maladie touche aussi bien l'homme que la femme (bien que les deux ne présentent pas le même alcoolisme, plutôt de groupe pour le premier, solitaire pour le second), la population masculine représente 79% de la population totale. Ce chiffre est assez stable depuis 1999, et assez représentatif des chiffres nationaux. Nous constatons que le taux de femme augmente d'année en année depuis 1999, avec environ 15% au début, ceci en raison d'une « dé-marginalisation » de l'alcoolisme féminin.

Si l'on concentre l'analyse sur les catégories socioprofessionnelles, on constate que 30% des patients sont des employés, 27% des ouvriers, ces deux populations représentant à l'échelle nationale la plus grande partie socioprofessionnelle. Plus de la moitié des patients ont un CAP ou un BEP, un quart ont au maximum le brevet des collèges. A priori la maladie n'a pas de lien avec le fait de faire des études ou non. Par contre, le fait que plus du tiers des patients soit sans activité professionnelle ne permet-il pas de faire un lien entre alcoolisme et exclusion ? En fait, ce serait faire une conclusion trop hâtive quand on sait que pour beaucoup d'entre les patients, c'est la maladie qui les a éloignés du contexte professionnel ! De cause, les difficultés d'insertion sont en fait conséquence de la maladie alcoolique. D'autre part, à peine 2.5% concerne les cadres et professions intellectuelles supérieures dans l'établissement, mais notre population est-elle vraiment représentative quand on connaît les ravages de l'alcoolisme mondain ? Et ces catégories, n'ont-elles pas accès à d'autres offres de soin ?

En termes de ressources, un tiers des patients perçoit un salaire, mais, corollaire du constat précédent, un autre tiers vit du RMI et 16% des ASSEDICS. Cause ou

conséquence de l'alcoolisme, il est tout aussi difficile de trancher ! Pour les patients hors de ces catégories, on observe ceux qui ont des rentes d'invalidité (9%), l'Allocation aux Adultes Handicapés AAH (4,5%) etc...Il est intéressant de constater que quelles que soient les catégories socioprofessionnelles et les conditions de ressources, 83% des patients sont autonomes dans la gestion de leurs ressources. Cela semble être confirmé par les quelques résultats obtenus dans les autres établissements.

Si l'on focalise sur le type de logement, on constate que la majorité des patients est locataire (55%), seulement 15% de propriétaires, mais surtout qu'une grande partie, 18%, est en logement durable ou non chez des proches. Une partie non négligeable, environ 7% est en établissement pénitentiaire, 3% en logement provisoire en institution.

L'analyse de la situation familiale montre une majorité de patients célibataires (45%) séparés (8,5%) ou divorcés (30%). Seulement 16,5% sont mariés ou en concubinage et très peu ont encore des enfants à charge (16%). La moyenne d'âge de l'ordre de 42 ans montre que ce sont les quadragénaires les plus touchés...ou les plus motivés pour s'en sortir ! Plus précisément 40% ont entre 36 et 45 ans, 38% entre 46 et 55 ans.

Ces chiffres ne représentent que la population reçue dans l'établissement depuis le 01/01/08. Mais les quelques données des autres établissements confirment cette tendance. Ils montrent l'importance des patients désinsérés. Beaucoup ont un niveau inférieur au bac (62%) et une grande majorité est célibataire ou séparée. Mais que faut-il en conclure ? Bien que l'alcoolisme soit responsable de déchéances humaines voire sociales, les conditions de chômage, de statut social, favorisent la fuite vers des paradis illusoires atteints sous l'emprise de l'alcool. Il ne faut pas oublier non plus tous ces professionnels, aux statuts reconnus, qui sous le poids de plus en plus important des responsabilités et des challenges économiques, vont également se réfugier dans des vapeurs alcooliques leur procurant momentanément soulagement et paix mais les emmenant inexorablement vers l'autodestruction comme l'a si bien décrit Hervé Chabalier dans son ouvrage « Le dernier pour la route »⁶.

Ce chapitre nous a présenté une diversité importante chez les patients et chacun d'entre eux vont emprunter des parcours de soins différents.

⁶ Hervé Chabalier « Le dernier pour la route », Editions Robert Laffont, 2004

I.2.2.3. Des parcours de soins diversifiés

L'étude de prévalence des « risques et maladies liés à l'alcool »⁷ en médecine générale réalisée en 1991 a montré qu'en consultation tout venant de médecine générale (les médecins généralistes rencontrent environ 75% de la population), 1 patient sur 5 présente un risque et/ou une maladie liée à sa consommation d'alcool. Mais chacun d'entre ces patients suivra un parcours de soin qui lui sera propre, en fonction de la gravité de sa situation, de son contexte sociétal et familial mais aussi en fonction des thérapeutes qui le prendront en charge.

L'analyse statistique de l'origine médicale des admissions met en évidence ces différents parcours.

Elle nous enseigne notamment que la majorité des patients vient d'elle-même ou sous l'impulsion des proches (60%). Cela montre la motivation de ces patients ou de leur entourage à vouloir sortir d'une situation insupportable la plupart du temps. Le recours au SSR est perçu comme la solution ultime pour retrouver une vie digne, une vie familiale et sociale acceptable pour eux-mêmes et pour les autres.

A défaut, ils sont principalement adressés par des médecins généralistes (8%) ou hospitaliers (8%, hôpitaux, cliniques, unités hospitalière en Alcoologie). Dans une moindre mesure, ce sont les Equipes d'Addictologie de Liaison (3%) composées de médecins et de soignants ou des spécialistes comme les psychiatres (4%) qui posent les orientations.

Certains patients, environ 8% sont orientés par un service social ou médico-social, les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). D'autres sont en obligation de soins (3,7%), démarche imposée relevant d'une sanction judiciaire⁸ ou en placement externe quand il s'agit d'une démarche personnelle et volontaire.

Enfin, ce sont des organismes ou des entreprises (ONG, SNCF, etc.) qui les dirigent vers le SSR.

Cette typologie sera par contre très différente selon le lieu géographique du centre postcure, sa proximité avec une grande agglomération, et les conventions signées entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, juridiques ou administratifs.

Ainsi, nous constatons que la population accueillie présente des origines géographiques, sociales, médicales complètement disparates, des profils très diversifiés. Les capacités de chacun des malades alcooliques sont très différentes les unes des autres, ainsi que leur personnalité et leurs habitudes. C'est pourquoi la stratégie d'accompagnement

⁷ P.K. Topor et J.Y.Bénard, le malade alcoolique, Editions Masson

⁸ Laure Tourneux, Consommation d'Alcool et obligation de soins : à propos d'une enquête auprès des médecins généralistes, Thèse de DE Docteur en Médecine, 2004

thérapeutique mise en œuvre a été de constituer un panel important d' « outils » mis à la disposition du patient.

I.3. Un accompagnement à visée thérapeutique

Lors de l'étude du projet de création de cet établissement, le Maire et quelques membres du conseil municipal de la commune de Payroux ont visité un certain nombre d'établissements SSR en Alcoologie en France afin de définir le programme thérapeutique de ce nouveau centre. Ils ont fait appel à un médecin alcoologue, le docteur F. Pinton, travaillant déjà dans un centre pour malades alcooliques « Louis Sevestre » à La Membrolle près de Tours. Fort de ces échanges et de l'expérience du médecin, le choix s'est porté sur un panel le plus complet possible de thérapies. Du point de vue des politiques publiques, il n'existait pas encore d'étude ni de cadre définissant les bonnes pratiques dans ce domaine. Ce n'est qu'en 2001 que l'ANAES et la SFA ont tenté d'évaluer et de recommander un certain nombre de thérapies par un jury d'experts réuni dans le cadre de la 2^{ème} Conférence de consensus⁹ : « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage ».

La grande majorité des thérapies utilisées dans le centre de « La Gandillonnerie » a été validée par ce jury et a montré la pertinence de son programme thérapeutique dans l'accompagnement des malades alcooliques.

Notre objectif est ainsi de donner au patient les outils nécessaires pour lui permettre de consolider un état d'abstinence durable associé à une qualité de vie satisfaisante, ce qui explique la nécessité d'une durée de séjour suffisante pour leur acquisition.

En pratique, il arrive régulièrement que des patients arrivent « non-sevrés ». Du fait principalement d'un délai d'attente important entre la cure et l'entrée à « La Gandillonnerie », certains patients reprennent de l'alcool. Parfois, même s'ils sont sevrés, ils trouvent l'occasion de s'alcooliser symboliquement une dernière fois (« le dernier verre ») avant l'entrée dans le centre et le début de leur véritable abstinence. Il nous arrive également, malgré les dires du patient qui se dit sevré, d'avoir des doutes importants sur la réalité de ce sevrage. Dans certains cas, le traitement du sevrage est en cours de réalisation.

Dans toutes ces situations, nous sommes donc amenés à prescrire des traitements en lien avec un sevrage, préalable à l'accès aux soins de postcure.

⁹ 2^{ème} Conférence de Consensus, op. cit. page 1

La prise en charge du patient dans l'établissement se décline selon les deux dimensions suivantes :

- ☞ L'accompagnement psychothérapeutique
- ☞ La sociothérapie et la réadaptation.

I.3.1. L'accompagnement psychothérapeutique

L'établissement propose plusieurs formes d'accompagnement. L'objectif est de permettre au patient d'exprimer, de verbaliser une souffrance vécue, d'échanger librement avec d'autres personnes qu'elles soient thérapeutes ou malades. Pour se faire, différents moyens sont mis à sa disposition, avec des enjeux complémentaires qui peuvent se décliner comme suit :

- ☞ Relation à l'autre, aux autres
- ☞ Compréhension de sa problématique
- ☞ Reconquête de sensations perdues (goût...)
- ☞ Compréhension de la maladie

Les moyens utilisés dans l'établissement peuvent se répartir en 4 catégories :

- ☞ Les thérapies de groupe
- ☞ Le suivi individuel
- ☞ Les activités thérapeutiques
- ☞ Les réunions d'information

I.3.1.1. Les thérapies de groupe

Elles constituent un ensemble de pratiques hétérogènes. Elles permettent au patient de s'identifier à d'autres personnes vivant ou ayant vécu des expériences similaires, de comprendre l'impact de l'alcool sur les histoires de vie, d'apprendre à comparer ses propres réactions ou vécus par rapport à ceux des autres, et enfin d'apprendre à communiquer ses émotions de manière plus adaptée. Elles font toutes appel à des capacités d'analyse, de synthèse, de compréhension importante du sujet.

Afin de proposer un maximum d'outils au patient, l'établissement met en œuvre différentes thérapies de groupe comme les groupes de parole.

- Les groupes de parole, un support privilégié

C'est un lieu animé par un professionnel de la relation d'aide, accompagné d'un co-thérapeute, qui donne un espace aux participants afin d'échanger sur des difficultés rencontrées dans une situation donnée. C'est un lieu de partage, d'écoute réciproque souvent autour d'un thème choisi par l'équipe. Il encourage l'expression ouverte des sentiments, des émotions (tristesse, peur, colère, joie) et des souffrances liées au sujet abordé afin de se les approprier au quotidien. Le groupe développe la solidarité entre les participants et permet de mobiliser les ressources internes de chacun, ressources nécessaires pour affronter la réalité. Il devient le témoin des changements et des évolutions de chaque participant dans son parcours personnel.

Du point de vue thérapeutique, le groupe de parole doit permettre de réduire l'isolement psychosocial des participants souvent générateur de grandes souffrances, pour chacun, de devenir acteur et auteur de son changement intérieur, de favoriser une meilleure estime de soi et de comprendre sa dynamique personnelle.

Des règles régissent le groupe et sont centrées sur le respect des personnes, celui des horaires et celui du secret.

Les thèmes abordés régulièrement en groupe de parole tournent autour de l'abstinence, la famille, le travail ou tout thème concernant les difficultés que peut rencontrer un malade alcoolique tout au long de sa vie et doivent permettre au patient de mieux connaître sa maladie, de mieux appréhender la nécessité d'une abstinence complète..

- Autres thérapies de groupe

Il existe d'autres types de thérapies de groupe et nous en avons développé un certain nombre afin de compléter l'aide thérapeutique au patient. Ils ont des objectifs distincts et complémentaires, certains sont facultatifs, d'autres obligatoires. Cependant, une fois commencés, ils deviennent obligatoires.

↳ Le groupe « Addictions »

Ce groupe est un groupe de parole classique dans son fonctionnement (lieu d'échange, de communication, de réflexion...) mais dont le thème central est celui des addictions dans leur ensemble (cannabis, achats pathologiques, jeux pathologiques...). La « grande question » qui revient en permanence est la suivante : « est-il possible de vivre sans produit ? ».

Les buts de ce groupe sont nombreux : faire réfléchir, informer, prévenir des risques, balayer certains a priori tenaces, aider les patients à faire le point sur leurs consommations...

↳ Le groupe « Femmes »

Les modes d'entrée dans la maladie alcoolique de la Femme sont sensiblement différents de ceux de l'Homme. C'est rarement la convivialité que les patientes recherchent dans leur consommation d'alcool, c'est d'emblée l'effet psychotrope, antidépresseur ou anxiolytique ; la dépendance arrive ensuite. La consommation est le plus souvent cachée, clandestine et solitaire ce qui vient renforcer le déni, la honte et la dissimulation ; cette consommation est culpabilisée et culpabilisante. Ce ressenti trouve son origine à deux niveaux :

- la représentation sociale de l'alcoolisme chez la femme qui est fortement négative.
- la fréquence des traumatismes affectifs dans l'enfance avec souvent des abus sexuels ou incestueux.

Nous constatons aussi que souvent leur vie affective de femme, leur vie conjugale se passe dans la violence, violence supportée grâce à l'alcool, mais aussi violence aggravant leur consommation.

Il est donc impossible pour elles d'aborder ces événements devant les autres hommes des groupes de paroles mixtes. Entre femmes elles se sentent en confiance et en sécurité car elles partagent des histoires de vie communes ; pour certaines, c'est même la première fois qu'elles peuvent en parler sans honte, sans être jugées.

Le groupe de Parole « Femmes » est obligatoire pour toutes les patientes femmes présentes dans l'établissement.

↳ Le groupe « Parents »

Une des particularités du centre « La Gandillonnerie » est de recevoir le ou les parents avec un ou deux enfants. Un groupe spécifique a été mis en place sur le thème « les enfants » et tout ce qui s'y rapporte. Cela peut aller de questions liées au quotidien (choix de l'alimentation) au problème majeur (absence de liens). Les sujets les plus fréquents sont les suivants : comment gérer la séparation d'avec les enfants ? Comment reprendre contact avec eux après une longue séparation ? Comment leur parler d'alcool ? Comment les déculpabiliser ? Comment leur expliquer pour qu'ils pardonnent ? Comment reprendre

la place de parent ? Quel retentissement a eu l'alcool sur leur vie ? Comment maintenant leur dire que je les aime ? Et encore de nombreux sujets plus personnels ou spécifiques à tel ou tel patient... Mais, comme nous pouvons le remarquer avec tous ces exemples, ces sujets sont toujours extrêmement profonds.

Ce groupe est obligatoire pour les patients ayant un enfant avec eux pendant le séjour dans le centre et est très fortement conseillé pour les patients ayant un enfant placé, quelle qu'en soit la cause.

↳ La vidéothérapie

Le but de ce mode de thérapie est de proposer à l'ensemble des patients la projection de films commerciaux traitant du sujet « alcool », de documentaires spécialisés (réalisés par l'ANPAA par exemple), d'émissions de télévision sur l'alcool, de programmes thérapeutiques spécifiques (programme de thérapie cognitivo-comportementale « PHARE » par exemple). Il s'en suit un échange entre le thérapeute et les patients.

Cette technique propose au patient de se retrouver en face d'une situation, bien qu'étant imaginaire, qui lui rappelle des éléments de son passé proche qu'il n'avait pas su analyser, étant peut-être trop concerné et/ou refusant toute remise en question à cette époque.

1.3.1.2. Le suivi individuel

Complétant les thérapies de groupe, le suivi individuel consiste principalement en une psychothérapie individuelle de soutien. Il ne cherche pas à effectuer un remaniement psychologique profond. Son but est de renforcer les défenses du patient, d'améliorer son adaptation, et de valoriser son désir de changement.

1.3.1.3. Les activités thérapeutiques

Un certain nombre d'activités thérapeutiques sont mises à la disposition du malade alcoolique par le biais d'ateliers. Ce sont des espaces culturels, de créativité, de communication. Elles ont chacune un apport spécifique vis-à-vis de la prise de conscience du corps, de son histoire personnelle, des sensations perdues.

Cinq ateliers principaux sont disponibles.

↳ L'atelier d'«Expression »

L'idée de base est que le développement de la créativité permet le développement de l'être ; par la création l'être se construit.

La psychothérapie a comme projet pour la personne d'être mieux, d'être davantage. A partir des matériaux projectifs proposés tels que la peinture et l'argile, le sujet va travailler afin que s'opère cette transformation.

Cet atelier, facultatif, est ouvert aux patients qui en font la demande après entretien avec l'équipe soignante. Il est aussi spécialement proposé aux patients inhibés, qui ont du mal à s'exprimer oralement, en particulier en groupe de parole. Ceci permet de leur offrir un autre mode d'échange et de communication. Une fois débuté ce groupe devient obligatoire.

↳ L'atelier « Relaxation »

En permanence, des cycles de séances de relaxation sont proposés, de manière facultative, aux patients qui le désirent. Ces cycles comprennent six séances d'environ une heure. Il s'agit de séances de relaxation « classique » basée sur l'apaisement, la respiration contrôlée, la pensée positive...Chaque cycle devient obligatoire pour le patient qui s'y est engagé. Le nombre de patients par cycle est limité à six.

↳ Atelier « Contes »

Cet atelier, créé en 2005 dans l'établissement utilise le conte comme outil thérapeutique. Encore peu employé en alcoologie voire en addictologie, il a pour objectif d'ouvrir les patients vers l'imaginaire, de leur permettre de s'évader loin de leur quotidien, bien souvent morose, de leur faire découvrir des sensations et des sentiments qu'ils croyaient éteints à jamais...

Deux conteurs (aussi soignants) racontent des histoires dont le choix est motivé uniquement par le plaisir de les raconter. A la fin de cette première phase, les patients sont libres de réagir sur ce que les contes ont pu susciter en eux, physiquement, psychologiquement, émotionnellement, intellectuellement....Il arrive parfois aussi que les patients eux-mêmes s'autorisent à conter, s'improvisent conteurs...d'une histoire de leur mémoire ravivée, un conte trouvé au détour de la bibliothèque, un écrit personnel...et génère alors au sein même de l'atelier conte un instant unique et précieux.

↳ Atelier Conte et Création

Depuis quelques temps, l'atelier « Contes » a été doublé par une variante « Contes en création » qui implique encore plus les patients en leur permettant de participer à la création d'un conte et à son exécution.

Il s'agit là d'une étape avancée de l'atelier conte où le patient devient acteur et auteur de sa propre histoire. Cela lui permet un meilleur travail sur sa construction identitaire individuelle, un meilleur positionnement dans le champ relationnel et social

↳ Atelier « Approche sensorielle du goût »

Autrement et plus simplement appelé atelier « Goût », cet atelier facultatif consiste en un réapprentissage des saveurs de base et en une réappropriation de ses propres goûts. L'intérêt de cet atelier est double ; l'alcool ayant détruit une partie du sens gustatif des patients (surtout par atteinte des papilles gustatives) une rééducation du goût est grandement bénéfique, le deuxième intérêt est de montrer aux patient un pôle attractif et plaisant, qui n'existait plus et avait été remplacé par leur consommation d'alcool (découverte du plaisir de la table sans adjonction d'alcool).

Les objectifs de la rééducation du goût chez le malade alcoolique sont multiples : retrouver un équilibre alimentaire, retrouver des sensations positives, du plaisir par le biais de la nourriture, retrouver des sensations corporelles (gustatives, olfactives), se réapproprier son corps, réapprendre la convivialité, la communication autour de la préparation et la dégustation d'un repas, s'ouvrir sur son environnement et sur les autres.

I.3.1.4. Les réunions d'information

Pour compléter cet accompagnement thérapeutique, différentes réunions sont organisées tout au long du séjour.

L'enseignement de l'alcoologie, des dépendances, des questions d'hygiène de vie et de connaissance de son fonctionnement font partie intégrante du soutien psychologique nécessaire aux patients. D'une manière globale, plus le patient connaîtra sa maladie, plus il mettra de chance de son côté pour son abstinence débutante. Cet enseignement se doit d'être à la fois simple et concret mais aussi rigoureux et irréprochable d'un point de vue scientifique, utilisant des exemples précis. Il garde malgré tout un côté magistral, médical, avec présentation de données.

Il existe une progression logique dans la suite des thèmes¹⁰. Du fait du nombre de thème et de la durée du séjour, chaque patient entend deux fois chaque exposé mais réalisé par deux intervenants différents.

Le patient après un cycle de cet enseignement est capable de comprendre en tout ou partie, sa maladie, la dépendance, les conséquences sur sa vie et sur sa santé. Il a également su saisir un certain nombre de solutions qui vont l'aider dans le maintien de sa nouvelle abstinence.

¹⁰ Cf. annexe 1 « thèmes des réunions d'information »

De plus, grâce à ces informations et à la connaissance qui en résulte, il est capable d'expliquer tout cela (et/ou de s'expliquer) à ses proches et à son entourage. Ce qui est un autre point positif pour son avenir sans alcool.

I.3.2. La sociothérapie et la réadaptation

Il s'agit d'un autre type d'accompagnement, il a pour objectif de resocialiser le patient, dans son acception thérapeutique, et notamment d'opérer sur la reconstruction du moi. En effet, la particularité de ces personnes est d'être bien souvent rejetées de la famille, de la société. L'image qui leur est renvoyée d'elles même par l'entourage quel qu'il soit est négative, dévalorisante, culpabilisatrice voire destructrice. L'objectif ici est alors de travailler sur différents axes :

- ↳ Reconstruction du moi et l'estime de soi
- ↳ Resocialisation par le travail
- ↳ Redécouverte du plaisir

Ces différents axes ont tous pour but final de maintenir une abstinence totale et définitive.

Ainsi, un certain nombre d'activités favorisant ce type de travail est à la disposition du patient. Certaines sont obligatoires, comme les ateliers thérapeutiques, d'autres facultatives comme la formation professionnelle ou les activités de loisirs.

I.3.2.1. Les ateliers thérapeutiques

Ces ateliers sont des activités liées à la vie quotidienne, dans une perspective occupationnelle, thérapeutique et socialisante. Dès son arrivée à La Gandillonnerie, le patient est affecté à l'un des ateliers thérapeutiques tels que cuisine, lingerie-buanderie, ménage, confection, cafétéria, espaces verts, maraîchage et maintenance. Il passe ses journées rythmées par les rendez-vous, les groupes de parole ou toutes autres activités .

Chacun de ces ateliers est encadré par un ou plusieurs responsables. Ce sont tous des professionnels dans leur domaine.

Ils sont également là pour écouter, dialoguer et aider les patients. Si un problème est détecté ou s'ils se sentent en difficulté, ils transmettent aux infirmières ou aux médecins qui prennent le relai.

L'atelier possède des règles de fonctionnement strictes, propres au monde du travail : horaires, respect des autres, du lieu, des consignes, intérêt collectif. Ces ateliers sont par leur côté logistique, indispensables à la vie du Centre et permettent ainsi de redonner une place au patient dans la microsociété que constitue l'établissement.

En reprenant une activité de type « professionnelle », sans apport d'alcool, le patient peut se rendre compte de son affaiblissement initial mais surtout de l'amélioration progressive mais très nette, de son état. Il se rend compte également que l'alcool n'est réellement pas nécessaire à la vie professionnelle, mais aussi plus largement à toute vie sociale.

Bien sûr, il n'existe pas de notion de rendement. La répartition qualitative et quantitative des patients par atelier est variable en fonction des besoins de chaque atelier.

1.3.2.2. La formation professionnelle

Spécificité de l'établissement et unique en France, une convention est passée avec le Centre AFPA (Association de Formation Professionnelle pour Adulte) situé à une quinzaine de kilomètres et nous permet de proposer un stage de préformation socioprofessionnelle, outil supplémentaire dans la recherche de réhabilitation et d'autonomisation.

En pratique, ce stage est proposé pendant le troisième mois de séjour, à raison de cinq matinées par semaine. Les patients poursuivent les soins « classiques » les après-midi. Il est ouvert aux patients motivés qui en font la demande auprès de l'assistante sociale et après avis de l'équipe soignante.

Les buts de ce stage sont nombreux et extrêmement larges. Ils vont encore plus loin et complètent les arguments en faveur des ateliers thérapeutiques. Profiter de l'amélioration de l'état des patients et de leurs capacités, tant au niveau physique que psychique, pour bâtir un projet d'avenir (formation ultérieure, recherche d'emploi...) est un pas majeur dans leur démarche de réinsertion. De plus, pouvoir se rendre compte de ses aptitudes retrouvées ou de ses possibilités d'apprentissage, permet d'améliorer leur confiance en eux et leur croyance en leur efficacité personnelle.

Ce stage est un lieu et un moment privilégiés pour faire le point sur leur situation actuelle et sur leurs envies futures.

1.3.2.3. Les activités de sports et de loisirs.

Nous savons tous l'importance d'activités de détente dans notre vie, ces activités participent au bien-être et par conséquent à l'équilibre. La grande majorité des patients a « oublié » ces sensations et n'a plus ce genre d'occupations depuis bien longtemps. Notre rôle est donc de leur fournir des possibilités de se faire plaisir par des activités de loisirs ou de sport. Nous devons souvent faire plus en les incitant avec insistance à participer à ces activités, n'ayant plus l'envie d'essayer. Il est primordial voire indispensable de leur réapprendre à se détendre, à rire, à se dépenser, mais aussi à prendre soin de leur corps qu'ils avaient abandonné au profit du produit alcool, de travailler sur la confiance en soi.

Des activités de sport et de loisirs sont proposées durant la semaine à tous les patients. Ces activités sont nombreuses et variées : randonnée pédestre, sortie en vélo, pétanque, sortie « achats », visites, piscine, etc...

A l'intérieur même du centre, il existe plusieurs lieux de détente.

Nous pouvons citer en premier, la cafétéria, bien entendu « sans alcool », espace de convivialité par excellence, ouverte à tous, avec des horaires bien précis. Il s'agit d'un véritable atelier thérapeutique, avec la participation de patients, dirigé par un responsable d'atelier.

Il existe également une salle de musculation, équipée de manière fonctionnelle. Elle est sous la responsabilité de plusieurs patients volontaires, choisis par l'équipe soignante.

Une bibliothèque est également à la disposition des patients. Elle contient toutes sortes de livres, allant du roman policier à la bande dessinée, du livre historique au magazine d'actualité. Des livres et des documents divers traitant d'alcoologie sont également consultables. Cette bibliothèque est gérée par des patients volontaires, choisis par l'équipe soignante.

Afin de compléter ce panel, l'établissement accueille des mouvements d'entraide et pratique l'accueil téléphonique destiné à l'entourage du patient.

I.3.2.4. Les mouvements d'entraide

La participation à un mouvement d'entraide est un élément important pour le maintien durable de l'abstinence pour les patients volontaires. D'origine et de sensibilité diverses, ces mouvements ont un objectif commun : aider et accompagner les personnes en difficulté avec l'alcool, en apportant information et soutien au patient et à l'entourage.

Ainsi, différentes associations d'entraide (Alcooliques Anonymes (AA) ; Vie Libre ; Alcool, Ecoute, Joie et Santé...) interviennent régulièrement sous forme de réunions collectives ou de rencontres individuelles. Leurs témoignages sont des compléments nécessaires, reconnus pour les soins et la préparation de la sortie du patient.

I.3.2.5. « L'accueil téléphonique entourage »

Comme il est également fortement recommandé par l'ensemble de la communauté scientifique, nous essayons d'impliquer les familles et les entourages dans les soins de leurs proches hospitalisés à « La Gandillonnerie ».

Nous proposons régulièrement et dès que possible, aux patients qui le souhaitent, de recevoir des membres de leur famille. Ce peut être un entretien avec une infirmière, ou

même avec un médecin. Sur rendez-vous, les médecins du centre peuvent recevoir les entourages, peu importe le jour, même le week-end, pendant le temps nécessaire.

Mais, ressentant souvent lors de ces entretiens, les difficultés propres des proches, nous avons décidé de mettre en œuvre un dispositif de soutien pour eux. Il s'agit de « l'Accueil Téléphonique Entourage » qui consiste à mettre une ligne téléphonique et un soignant à leur disposition. Cette présence est faite pour écouter, soulager, rassurer, expliquer...L'appelant doit rester anonyme pour éviter que le soignant soit « parasité » du fait de la connaissance de ses liens avec un patient. En effet, ce numéro n'est pas fait pour parler d'un patient mais pour aider les proches, très souvent en difficulté.

Ainsi le malade alcoolique a, tout au long de son séjour, un parcours lui permettant d'obtenir des « outils » l'aidant à la consolidation de l'abstinence, à retrouver une certaine confiance en lui et à retrouver une place dans notre société.

I.4. Une équipe pluridisciplinaire, fortement inscrite dans le soin

Afin d'accueillir le malade alcoolique et de l'aider dans sa démarche de soins, une trentaine de salariés constitue l'équipe soignante, sans compter l'équipe administrative constituée de 8 personnes. La particularité du centre est que chaque membre du personnel, quelle que soit sa fonction, peut participer à l'animation d'activités, des groupes de parole, dans un souci de proposer aux patients différentes approches, différentes expériences. L'ensemble du personnel est formé par les cadres thérapeutiques que sont les médecins et la psychologue.

I.4.1. L'équipe médicale

Elle est constituée de 4 professionnels :

- ☞ Un médecin-Chef d'établissement, psychiatre et titulaire de la Capacité en « Toxicomanie-Alcoologie-Tabacologie »
- ☞ Deux médecins adjoints, médecins généralistes, titulaires de la Capacité nationale d' « Addictologie clinique »
- ☞ Une pharmacienne à mi-temps

Le médecin-chef a en charge la responsabilité médicale et thérapeutique du centre de « La Gandillonnerie ».

Au-delà de leurs fonctions habituelles, les trois médecins reçoivent tous les patients en entretien individuel soit de manière systématique (une fois toutes les deux semaines), soit à

leur demande, soit à la demande de l'équipe soignante. Il n'y a pas de notion de médecin référent par patient.

Ils animent chacun plusieurs groupes de thérapie, les vidéo-thérapies etc...

Cette équipe est complétée d'une pharmacienne qui participe également à la vie thérapeutique des patients.

I.4.2. L'équipe paramédicale

L'objectif du projet d'établissement est d'avoir un suivi régulier, proche, intense du patient. Il s'agit d'une personne malade, sur le plan physique et sur le plan psychique. Il a donc besoin d'être entouré, d'avoir des soins quotidiens, d'être écouté. Il a besoin de comprendre les mécanismes psychiques de sa maladie, complexe. Afin de répondre à ses attentes et à ses besoins, l'équipe paramédicale a été constituée d'une psychologue, qui assure un suivi psychothérapeutique d'un certain nombre de patients par des entretiens individuels réguliers ; d'une quinzaine d'infirmières et aides soignantes, qui assure la continuité des soins 24h/24h au sein du centre de « La Gandillonnerie » mais aussi un accompagnement relationnel adapté à la demande, auprès de chaque patient. Cette équipe s'implique activement dans le programme de soins en alcoologie en participant aux activités proposées.

Enfin, ayant la capacité de recevoir des enfants, il était nécessaire d'avoir à disposition une auxiliaire de puériculture.

I.4.3. L'équipe sociale

Loin de toute agglomération leur permettant d'avoir accès facilement aux services sociaux et eux-mêmes souvent marginalisés, les patients ont besoin d'être aidés dans leurs différentes démarches administratives, voire judiciaires. La présence d'une assistante sociale s'avère indispensable, elle assure l'accompagnement social du patient (information, orientation, préparation du retour à domicile, démarches administratives, lien/relais avec les partenaires sociaux extérieurs...).

En outre, c'est elle qui gère la « Formation Professionnelle pour Adulte » (inscriptions, suivi, etc....).

I.4.4. L'équipe de responsables d'ateliers

Les ateliers thérapeutiques sont des lieux très importants pour le patient puisque c'est là qu'il va passer la plus grande partie de ses journées, durant tout son séjour. L'objectif est de resocialiser l'individu par le travail. Il est donc indispensable que les responsables soient avant tout des professionnels dans leur domaine (par exemple : les trois responsables de la cuisine sont des cuisiniers).

Pour animer les huit ateliers de l'établissement, onze responsables constituent cette équipe.

Pour la plupart, ils s'impliquent dans les différents groupes de parole en tant que co-thérapeute. Ils assurent l'encadrement de bon nombre des activités de sport et de loisirs.

Cette volonté de constituer une équipe thérapeutique multi professionnelle et compétente nécessite de la part de l'établissement la mise en place d'un programme de formation conséquent. C'est pourquoi, en dehors des médecins de la psychologue et du corps administratif, l'ensemble du personnel est amené à devenir titulaire du Diplôme Universitaire d'Alcoologie (Faculté de Médecine de Tours). A ce jour, la majorité des responsables d'atelier, des infirmières et aides soignantes en est pourvu. Nous nous orientons maintenant vers le Diplôme Universitaire d'Addictologie pour élargir les connaissances du personnel.

Le centre s'est doté d'une équipe qualifiée et compétente, performante, avec des moyens thérapeutiques nombreux, variés et complémentaires, proposant aux malades alcooliques une multitude d' « outils » leur permettant d'asseoir leur abstinence tout en gagnant en qualité de vie. Mais en dépit de ce déploiement, nous constatons que tout cela ne permet pas de répondre à tous les besoins, les résultats ne sont pas tous probants. L'accompagnement prodigué n'apporte pas entière satisfaction.

I.5. Un accompagnement produisant des résultats contrastés

I.5.1. Des objectifs partiellement atteints

La plupart des patients adhère sans difficulté aux programmes de soins proposés. Ils sont motivés et souhaitent utiliser les accompagnements pour rompre avec la dépendance dont ils ont pleinement conscience et dont ils souffrent. Ils participent aux activités, sont acteurs dans la prise en charge de leur maladie. Ils effectuent en majorité, 53%, le séjour complet. Mais pourquoi ne l'effectuent-ils pas tous ? L'analyse statistique de la cause des départs montre que 32% d'entre eux partent contre avis médical et 15% pour renvoi disciplinaire.

Une analyse médicale plus poussée de cette population qui ne bénéficie pas du séjour complet montre qu'un certain nombre de malades, et en quantité non négligeable, n'arrive pas à suivre l'ensemble de ces accompagnements, semble absent ou imperméable aux soins prodigués.

Quelques uns restent sur leur réserve. Poussés par leurs proches, ou par le médecin traitant, ils peuvent encore être dans une phase de « déni », phase où le malade n'a pas encore accepté sa pathologie. C'est une phase qui peut-être très longue. Il ne comprend pas la raison de sa présence dans le centre. Il arrive donc que cette catégorie de patient interrompe son séjour. Le rôle des thérapeutes est alors de les aider à prendre conscience de leur état et d'essayer de les motiver pour « profiter » de ce séjour au centre.

D'autres pensionnaires refusent le concept thérapeutique de l'établissement caractérisé par le travail collectif, la participation aux ateliers thérapeutiques ou aux différents groupes de parole...Ils préféreront les thérapies individuelles intercalées avec des moments de réflexion et de repos tels qu'on peut les trouver dans certains établissements. C'est le cas décrit dans l'ouvrage d'Hervé Chabalier¹¹ « le dernier pour la route » qui présente un établissement en Suisse où le processus de soins est plutôt centré sur les rendez-vous avec des psychothérapeutes alternés avec des groupes de parole et des moments de solitude pour la réflexion où le malade devra réfléchir sur sa propre condition relativement à des thèmes bien précis.

Enfin, une dernière catégorie de patients semble ne pas réagir aux thérapies proposées. Ils demeurent assez passifs. Ils laissent souvent perplexe le personnel qui se sent un peu démuni face à cette attitude. Bien que participant aux différentes activités, ils montrent des difficultés d'implication personnelle dans les ateliers ou les groupes de parole. Ils ne comprennent pas bien ce qu'on leur demande, ils ne comprennent pas les objectifs, oublient régulièrement les consignes. La particularité de ces patients est qu'ils se retrouvent isolés, perdus dans la gestion du quotidien, dépendants de l'entourage quand il est là, ne sachant plus prendre de décision et surtout sans réelle conscience de ce qui leur arrive. Ils se singularisent par leur errance dans les couloirs, semblant être plus ou moins désorientés. Ils sont régulièrement en retard, voire absents, aux rendez-vous fixés, mais n'en ont pas du tout conscience. Lors des entretiens, ils disent se sentir eux-mêmes exclus du système de soins, et n'arrivent pas à s'impliquer dans ce qui leur est proposé.

Face à cette dernière population, il nous est apparu qu'il y avait une véritable inadéquation entre l'offre de soins et le besoin de ces malades et qu'il fallait comprendre les raisons de ce dysfonctionnement. Dans les conditions actuelles, ces patients risquent fort de se ré-

¹¹ Hervé Chabalier, op. cit. page 8

alcooliser et de reprendre la spirale infernale de la maladie, de la désocialisation, de l'exclusion qui se termine souvent par une issue fatale.

I.5.2. La recherche des causes

Nous nous sommes donc interrogés sur les hypothèses explicatives possibles. C'était important car de nombreux soignants vivaient cette situation comme un échec. D'autre part, que faire de ces patients, vers quel circuit thérapeutique les diriger pour une bonne prise en charge?

Nous nous devons de poser le problème.

Est-ce la qualification, la compétence du personnel qui est à remettre en cause ? Est-ce le modèle thérapeutique qui n'est pas adapté ? Est-ce la maladie elle-même qui doit être interrogée ? Est-ce une combinaison des trois ? L'importance de la question est majeure au vu du nombre important des patients concernés.

I.5.2.1. La qualité des soignants

Le premier questionnement concerne la qualité des thérapeutes. Sont-ils compétents, suffisamment formés ? Manque t'il des compétences dans l'établissement ? Nous avons comparé avec d'autres établissements de même type et tout semble montrer que La Gandillonnerie est un établissement bien pourvu en termes de professions, qu'elles soient médicales (1 médecin psychiatre alcoologue, 2 médecins alcoologues) ou paramédicales (1 psychologue). En termes de formation, et pour répondre à cette éventualité, le centre met ainsi un accent important sur le renouvellement des connaissances, sur l'ouverture à de nouvelles thérapies comme les TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales qui vont s'appuyer sur des exercices pratiques, au contraire de la psychanalyse ou des psychologies cliniques) ou les thérapies familiales...Ainsi, l'ensemble du personnel soignant (infirmières, aides soignantes, responsables d'ateliers, etc...) passe un diplôme universitaire d'alcoologie. L'ensemble du personnel a également la possibilité de participer à des congrès de la SFA, Société Française d'Alcoologie ou autres et nous sommes abonnés à un certain nombre de revues spécialisées. Des visites d'autres SSR du domaine alcoologie permettent d'échanger au niveau des pratiques et rien de notable n'a été constaté.

Est-ce alors le modèle thérapeutique qui est à remettre en cause ?

I.5.2.2. Le modèle thérapeutique

On constate que beaucoup de possibilités sont mises en place pour répondre aux besoins du malade alcoolique. Le programme de soins du centre fait amplement appel aux

capacités d'adaptation, de réflexion, de jugement, de communication, de mémoire des patients. Nous leur demandons de beaucoup travailler leurs fonctions cognitives.

Le modèle mis en place est un modèle existant, qui a fait ses preuves dans d'autres établissements comme Louis Sevestre à La Membrolle, seul établissement public. De plus le processus thérapeutique a fait l'objet d'une étude par l'ANAES et l'ANPAA qui ont validé et recommandé un certain nombre de thérapies consignées dans la 2^{ème} conférence de consensus¹². Les thérapies prodiguées dans l'établissement sont toutes conformes à celles reconnues par ces agences. Mais on sait que pour un certain nombre de patients le modèle thérapeutique proposé au centre n'est pas adapté. Certains préféreront une relation uniquement duelle, médecin/patient par exemple avec ou non du repos permettant plus de réflexion comme cité ci-dessus. Il existe, pour répondre à ce besoin, des établissements qui ne présentent pas d'ateliers thérapeutiques, où les patients auront plus d'entretiens individuels, participeront à des groupes de parole, mais auront aussi plus de temps libre pour mener une introspection. Dans ce cas, nous orienterons après discussion le patient vers un autre type d'établissement. Ainsi, le modèle peut ne pas convenir au malade accueilli, mais nous avons des alternatives à lui proposer pour lui garantir une bonne prise en charge.

Mais dans le cas de la population qui fait l'objet de cette étude, il n'existe aucune structure voire de modèle thérapeutique adapté pour répondre à l'attente des patients. Nous nous devons maintenant d'interroger la maladie elle-même.

I.5.2.3. La connaissance de la maladie alcoolique

Les symptômes de cette maladie sont-ils complètement cernés ? Le modèle traditionnel caractérisant le malade alcoolique est-il dans tous les cas applicable, adapté ? Tous les professionnels de l'établissement se sont donc concertés pour mieux cerner le phénomène. Ainsi, il a été constaté que certains patients présentaient des capacités d'adaptation, de réflexion, de jugement, de communication ou de mémorisation, amoindries, voire des symptômes parfois proches de ceux de la maladie d'Alzheimer. Le résultat est que travailler avec eux sur des accompagnements menant à l'abstinence s'avère quasiment impossible et que ces malades nous montrent qu'un travail en amont doit être effectué. C'est donc cette 3^{ème} hypothèse que nous avons choisi d'approfondir pour éclairer cette problématique de la non-adhésion au programme de soin pour certains patients.

¹² 2^{ème} Conférence de Consensus, op. cit. page 1

I.5.3. Un éclairage nouveau sur la maladie et ses effets

Un congrès organisé par la SFA en 2004 sur le thème « Conduites Addictives et Troubles Cognitifs » nous a permis de mettre un nom sur les comportements que nous avons repérés d'une part et d'autre part de constater les lacunes dans la prise en charge en France des patients atteints de cette double pathologie : dépendance à l'alcool et troubles cognitifs.

Ce congrès a clairement mis en avant l'impact de l'alcool sur les fonctions cognitives. Son ingestion répétée et/ou massive va entraîner des lésions neurologiques et cérébrales et créer ce que l'on appelle donc des troubles cognitifs.

Les troubles cognitifs vont des simples troubles de mémoire isolés et invalidants à la démence alcoolique en passant, par ordre d'importance croissante, des troubles du jugement, de l'orientation, de la compréhension, de l'exécution, voire l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke¹³ ou encore le syndrome de Korsakoff¹⁴.

La conférence de consensus du 7 et 8 mars 2001 portant sur l'alcoolodépendance¹⁵ évoque la maladie alcoolique, mais de manière très succincte, mettant en évidence le peu de connaissances à ce sujet. En effet, les troubles cognitifs et plus spécifiquement le syndrome de Korsakoff sont cités ainsi :

« Sur le Syndrome de Korsakoff : cette maladie invalidante, qui peut suivre une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, [...], est probablement sous-évaluée quant à sa prévalence. Il est constaté l'absence de traitement spécifique et de structures d'accueil adaptées à cette affection [...]. Le jury souligne [...] la nécessité de l'attention particulière à apporter au devenir de ces malades trop souvent négligés. ».

Sur les troubles cognitifs, la conférence cite :

« Ces troubles compliquent les divers aspects de la prise en charge du patient et nécessitent un accompagnement adapté. » ...Et c'est tout ce qui est dit sur le sujet...

Il est paradoxal, qu'en France, bien que les premiers centres d'alcoolologie aient ouvert leurs portes depuis plus de 50 ans (Centre ANAS Le COURBAT en 1955 par exemple), aucune structure à l'heure actuelle ne propose encore de prise en charge pour de tels troubles !

¹³ L'encéphalopathie de **Gayet-Wernicke** est un trouble neurologique sévère caractérisé par la perte de la mémoire à court terme

¹⁴ Le **syndrome de Korsakoff** (ou psychose de **Korsakoff**) est une complication de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

¹⁵ 2^{ème} Conférence de Consensus, op. cit. page 1

Suite au congrès de la SFA en 2004, l'établissement a mis en place un groupe de travail composé de médecins, d'infirmiers et de responsables d'ateliers afin de réaliser en interne diverses études pour essayer de mettre en évidence le phénomène et le pourcentage réel de ces patients atteints de tels troubles. En ce qui concerne les études externes, très peu ont été menées, si ce n'est dans certains pays comme la Suède, les Pays Bas, la Belgique ou les Etats-Unis d'Amérique. En France, une seule étude¹⁶ menée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) cite qu'environ 50% des « grands buveurs » souffriraient de pathologies des fonctions cognitives. Les résultats obtenus en interne corroborent ces résultats puisque un taux de 40 à 45% des patients a été constaté.

I.6. L'offre de service confrontée aux déficiences cognitives

Le SSR La Gandillonnerie œuvre depuis bientôt 10 ans dans le domaine de la maladie alcoolique.

Reconnue sur l'ensemble du territoire national, il a su faire évoluer ses modalités d'accompagnement et développer des pratiques innovantes (par exemple l'accompagnement AFPA), avec une forte mobilisation des professionnels, toujours à la recherche de formations pour développer une véritable capacité d'expertise.

Malgré ces efforts, les résultats produits ne sont pas à la hauteur des résultats attendus puisqu'on constate qu'environ 40 à 45% des malades n'adhèrent pas complètement au protocole de soins et repartent, à l'issue de leur séjour sans avoir consolidé leur sevrage et s'être construit une « nouvelle vie sans alcool », retrouvant un ensemble de sensations et de relations perdues.

Interrogés en permanence par ce phénomène qui renvoie une situation d'échec, les professionnels, grâce à leur ouverture, ont su se saisir des résultats de nouvelles études apportant un éclairage nouveau sur la maladie alcoolique elle-même et les effets produits notamment sur la question de l'atteinte des capacités cognitives.

Si l'on peut être surpris que cette approche n'ait été conduite que très récemment, il faut se rappeler que la maladie alcoolique est un sujet resté longtemps tabou. Les Politiques Publiques ont surtout été plus répressives ou curatives que préventives. Face à cette maladie, le centre a caractérisé un modèle thérapeutique. Mais ce modèle, principalement orienté vers une approche analytique, se trouve remis en question par la déficience des capacités cognitives.

Fort de son expérience et de son expertise reconnue, le centre La Gandillonnerie doit repenser son modèle thérapeutique afin qu'il puisse répondre aux besoins repérés.

¹⁶ Alcool, Effets sur la santé, Rapport de l'INSERM 2001, éditions INSERM

L'approfondissement de la connaissance de la maladie et ses impacts sur les capacités cognitives ainsi qu'une maîtrise des Politiques Publiques, est un détour nécessaire pour fonder le projet.

II. Comprendre la maladie alcoolique et sa prise en charge pour améliorer l'accompagnement des malades

Dans une société aussi évoluée que la nôtre, aussi soucieuse de la place de chacun et aussi solidaire de notre santé, n'est-il pas temps de réfléchir et de mettre en place ce qui permettrait à ces personnes atteintes de la maladie alcoolique de retrouver une place sociale, une famille, un travail ?

C'est par la compréhension de cette maladie et de sa prise en charge actuelle, de son impact économique et social, de l'évolution des politiques publiques et de la compréhension des phénomènes récemment constatés que nous pourrions améliorer l'accompagnement de ces malades.

II.1. La maladie alcoolique

Dans les paragraphes suivants, nous allons nous intéresser à l'évolution de la perception de la maladie alcoolique dans notre société. Nous donnerons ensuite quelques statistiques pour montrer l'importance sanitaire sociale et économique que revêt cette maladie.

II.1.1. L'alcoolisme : une maladie longtemps tabou

Autant l'alcool a toujours eu une place de choix dans la culture française, autant la maladie alcoolique a toujours été « tabou » dans la société, et le malade lui-même toujours mis à l'écart. Concernant l'alcool, on trouve dans les coutumes et croyances populaires des provinces françaises de très nombreux exemples de rites attachés à ce breuvage et surtout au vin : rites de mariages, de funérailles, fêtes des vendanges, mais aussi toutes les croyances médicales¹⁷. Le Code du Travail lui-même, au début du siècle dernier autorise l'employé à introduire ou distribuer à l'intérieur de l'établissement où il travaille des boissons alcoolisées comme le vin, la bière, le cidre, etc. en quantité raisonnable et uniquement consommés pendant le repas (Décret 10-7-1913).

Avant la loi du 15 avril 1954 inscrite dans le Code de la Santé Publique, l'« alcoolique » était traité comme un délinquant, et la société le considérait comme un vicieux, un taré. Il est alors question d'enfermement psychiatrique ou carcéral. C'est grâce aux nouvelles connaissances alcoologiques des années 50 et à l'apparition de cette loi qui concerne plus particulièrement les alcooliques dangereux pour autrui qu'est introduite la notion de maladie

¹⁷ Alcoologie, Professeur Dominique Barrucand, RIOM Laboratoires - CERM

et même si la loi de 1954 a été abrogée par ordonnance du 15 juin 2000¹⁸, cette notion de danger perdure. Dans les années 70, l'alcoolisation excessive est considérée comme une erreur d'hygiène alimentaire. Dans les années 90, avec l'arrivée de la loi Evin¹⁹ notamment, des efforts importants sont faits pour limiter la vente des boissons alcooliques dans certains lieux publics pour tenter de diminuer la consommation d'alcool en France.

A partir des années 2000, avec la mise en place du plan triennal 1999-2002²⁰, la notion d'addictologie, qui réunit les drogues licites et illicites, commence à s'imposer. Viendront par la suite d'autres plans gouvernementaux (2004-2008, 2007-2011) pour renforcer les actions dans les domaines sanitaires, et surtout médico-sociaux. L'alcool apparaît alors comme une drogue et devient une véritable question de santé publique (45000 décès en 2000 attribuables à l'alcool). L'« ivrognerie » touche toutes les classes de la société. Plus de 3 millions de français seraient concernés ! Phénomène de société, l'alcoolisme est l'une des addictions les plus importantes, devant celle du cannabis. La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) énonce que les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psycho actives, interviennent dans 30 % de la mortalité précoce²¹ (soit avant 65 ans). Un certain nombre d'associations, CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), SSR, ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), œuvre depuis longtemps dans le domaine social pour agir auprès de ces usagers et leur proposer des prises en charge de traitements ou mener des actions de réinsertion. Mais face au lobby des vignerons, face à la culture française où faire la fête sans alcool est encore impensable dans les esprits, la bataille est rude et ceci explique certainement les lacunes dans les traitements en place. Et cette bataille est loin d'être finie puisque tout dernièrement encore un assaut de la part du lobbying des viticulteurs a été lancé dans le journal Le Point²² contre le législateur et les associations œuvrant dans le domaine alcoologie, telle l'ANPAA. Dans cet article, les politiques publiques sont jugées beaucoup trop répressives, mettant en danger une économie viticole prospère et mobilisant de nombreux emplois. Serions-nous retombés dans une période d'obscurantisme ? Il est impératif que les différents acteurs de la santé publique, du secteur médico-social et social réagissent et maintiennent leurs efforts dans cette lutte contre l'alcool et ses ravages qui sont incontestables.

¹⁸ Retour sur la loi du 15 avril 1954 qui vient d'être abrogée, G. Brousse, D. Boussiron, PM. Llorca

¹⁹ LOI n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

²⁰ Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)

²¹ MILDT, Plan de prise en charge et de prévention des addictions, www.drogues.gouv.fr

²² Le Point, du 11 septembre 2008 n°1878 Dossier spécial vins, Jacques Dupont

II.1.2. Une réalité sanitaire, sociale et économique

En 2001, en préambule de la conférence de consensus²³ l'ANAES (HAS) annonce les chiffres suivants :

« La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives ; bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites que ce soit en terme de perte de revenus et de productivité (près de 50 % de ce coût), de dépenses des sociétés d'assurances en charge de l'indemnisation des accidents (20 %), de dépenses de santé directes hospitalières et ambulatoires (16 %), de perte de prélèvements obligatoires (10 %) et de dépenses liées à la prévention (3,2 %). Le coût moyen annuel – vraisemblablement sous-évalué, en l'absence d'épidémiologie, de traçabilité de qualité, sans la prise en compte du coût social de la délinquance lié à l'alcool – peut être estimé annuellement à 17,5 milliards d'euros, soit pour chaque français à près de 300 euros. »

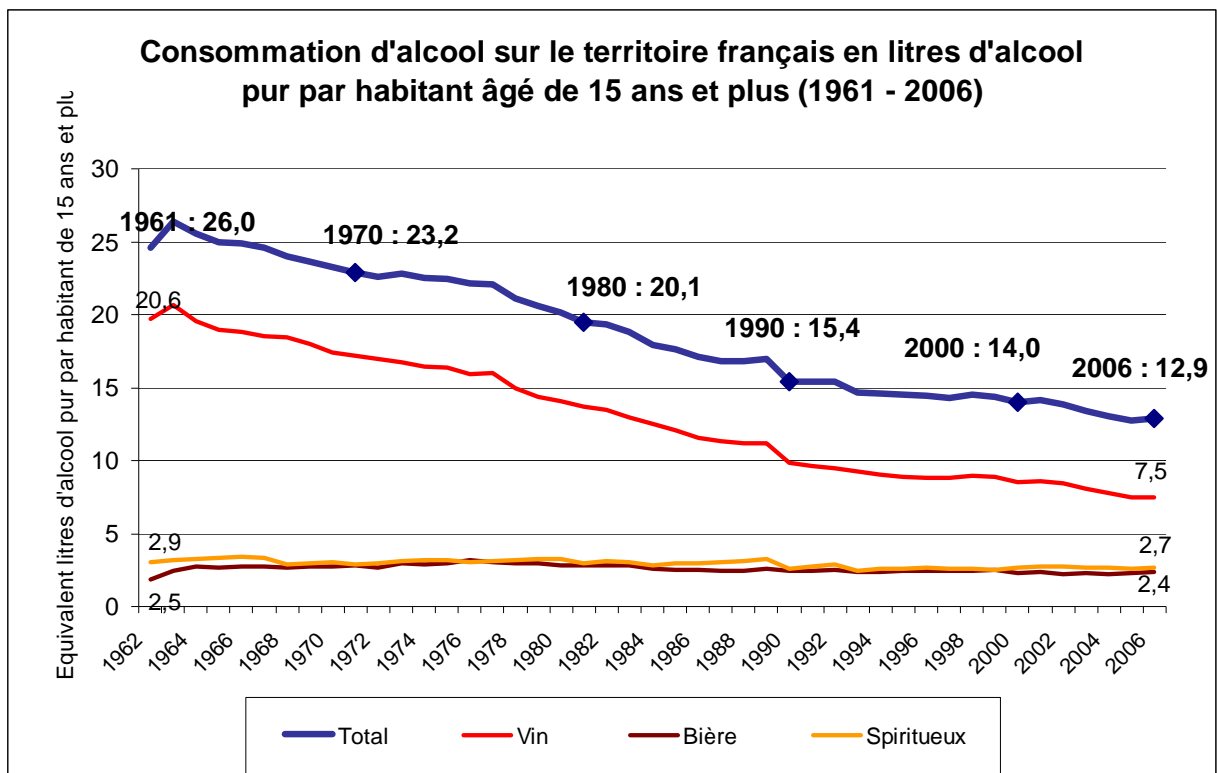
L'ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, dans ALCOOL – Sources Statistiques²⁴ présente un certain nombre de rapports concernant la consommation, la production, les accidents de la route, la morbidité, les soins, les jeunes et l'alcool et le coût de l'alcoolisme.

A propos de la consommation, c'est l'OFDT, Observatoire français des Drogues et Toxicomanies, qui présente en 2007 une analyse statistique²⁵ de 1961 à 2006 et montre une baisse notable de la consommation d'alcool par habitant de plus de 15 ans :

²³ 2^{ème} Conférence de Consensus, op. cit. page 1

²⁴ Alcool – Sources Statistiques – Service Documentation ANPAA Janvier 2008

²⁵ Séries Statistiques – Alcool – 2007. OFDT



Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA²⁶ de 1990 à 1999, groupe IDA et Insee de 2000 à 2006

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Au début des années 1960, la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'établissait à 26 litres d'alcool pur. Quarante ans plus tard, cette consommation a été divisée par deux. Comme on peut le voir sur le graphique, cette baisse est entièrement imputable à la diminution de la consommation de vin. La tendance à la baisse a été moins forte dans les années 1990 que dans les années 1980. Ce mouvement se poursuit, voire s'amplifie au début des années 2000. Entre 1990 et 2006, la consommation d'alcool sur le territoire français a baissé de 16 %. Les chiffres indiquent une légère augmentation des quantités d'alcool pur en 2006, la première depuis 2001. Il n'est pas possible de conclure à un renversement de tendances sur une seule année. Des problèmes techniques dans le recueil des données peuvent provoquer des variations ponctuelles erratiques.

Les niveaux de consommation d'alcool étaient au début des années 1960 très largement au dessus de ceux observés dans les autres pays européens. D'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, la consommation d'alcool en France est dépassée par celle de pays comme l'Irlande ou la Tchécoslovaquie et ne constitue plus une exception.

²⁶ Le groupe Indicateur d'alcoolisation réunit les principaux producteurs de données sur les questions d'alcool ; il est actuellement animé par l'OFDT

Mais en parallèle, le marché total des boissons alcoolisées représente, en France, un chiffre d'affaires de 13 milliards d'euros, soit près de 9 % des dépenses des ménages dans le poste « alimentation ». A titre indicatif, sur ces 13 milliards d'euros, les vins et les champagnes représentent 7,4 milliards, les eaux de vie et spiritueux près de 4 milliards et les bières 1,5 milliard.

On se rend compte ainsi de l'importance des enjeux socioéconomiques. D'un côté une réalité économique imposante, où l'on est en présence de lobbyings puissants aux enjeux financiers très importants et de l'autre une réalité sanitaire et sociale toute aussi effrayante quant au constat de l'impact de cette maladie dans notre société. Selon l'analyse publiée dans l'expertise collective de l'INSERM, « 23000 décès soit 4.3% de ceux enregistrés en France en 1998 sont directement liés à la consommation chronique d'alcool. ». Selon le plan gouvernemental 2004-2008²⁷, en 2000, le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 : 16 000 sont dus à des cancers (14 000 chez l'homme et 2 000 chez la femme), 8 200 à des affections digestives, 7 600 à des accidents et des traumatismes (2 860 décès par accidents de la route attribuables à l'alcool).

Au total, l'alcool contribue à 14% des décès masculins et 3% des décès féminins. La moitié des décès liés à l'alcool survient avant 65 ans. L'alcool est en outre directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies (cirrhose du foie, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisme foetal) ; il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages (retard mental, accidents de la route, domestiques et du travail, violences et tentatives de suicide).

Or ce plan gouvernemental conclue que la quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est évitable. Le nombre de consommateurs à problème est estimé en France entre 4 et 5 millions de personnes, dont 2 millions sont dépendantes de l'alcool.

Parallèlement, l'alcool serait responsable, selon des chiffres donnés par la prévention routière de : 38% des crimes et délits, 65% des viols et délits sexuels, 69% des homicides, et 79% des violences conjugales. Dans 30% des accidents de la circulation routière, on constate une alcoolémie illégale chez les conducteurs, alors même que 85% d'entre eux sont des buveurs occasionnels.

Au vu de ces chiffres, il est important de comprendre les politiques publiques qui sous-tendent nos actions, et de voir leur évolution au cours des 60 dernières années.

²⁷ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008

II.2. Sur les Politiques Publiques

II.2.1. Avant les années 2000

Il est en effet difficile de comprendre pourquoi la maladie alcoolique est finalement si méconnue du point de vue Soins de Suite et de Réadaptation si on ne s'intéresse pas également aux politiques publiques qui orientent les actions du domaine sanitaire. Le code afférent de ce domaine est celui de la Santé Publique (CSP) et on constate que, jusqu'au début du 21^{ème} siècle, l'ensemble des établissements postcure du territoire était régi par le décret 56-284 du 9 mars 1956 « Conditions d'autorisation des établissements privés de cure et prévention pour les soins aux assurés sociaux ». Les centres postcures étaient classés selon deux catégories : les Maisons de Repos et de Convalescence qui étaient régies par l'annexe 19, c'était le cas de La Gandillonnerie, et les Maisons de Santé pour les Maladies mentales. Il n'y avait rien de spécifique aux établissements SSR dans le domaine alcoolique. Cette absence de textes législatifs montrent combien la maladie alcoolique et sa prise en charge n'est pas, à l'époque, une priorité. Les Maisons de Repos et de Convalescence regroupent des institutions du domaine sanitaire et de l'action sociale. On y trouve pêle mêle les postcures, les maisons de convalescence après hospitalisation voire les maisons de retraite. Rien de précis ne spécifie à ce moment là les règles de fonctionnement de ces établissements et beaucoup d'associations se sont mises en place pour répondre à des besoins locaux, offrant des prestations et des prises en charges très diverses. Un certain nombre de centres postcure ont vu le jour sous l'égide de congrégations religieuses (Croix bleues, etc...) qui prétendaient guérir de la maladie alcoolique.

II.2.2. A l'aube du vingt-et-unième siècle

Depuis les années 2000, les politiques ont pris conscience d'une manière importante du problème de l'alcoolisme et de ses conséquences dans la société. Déjà, avec la mise en place du plan triennal 1999-2002, le gouvernement montre sa volonté d'agir dans le domaine spécifique des addictions. Mais il s'agit pour l'instant d'une approche globale. Les conférences de consensus, déjà mentionnées concernant les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant interviennent à cette époque, en 2001.

La poursuite de ce premier plan par la mise en place du plan 2004-2008, plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, lancé sous l'impulsion du président Jacques Chirac, propose également un plan global dont les stratégies tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation. Ce plan, associant parents et école, accorde une place

majeure à la prévention et ce, afin d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Outre le volet consacré au système de soins et à la coopération internationale, le plan se donne également comme objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool en rétablissant la portée de la loi Evin. Mais les actions restent soit répressives afin de faire respecter la loi, soit préventives afin de sensibiliser le public à moins consommer. L'aspect curatif, au sens du soin, n'est pas encore privilégié. Des campagnes publicitaires « choc » de sensibilisation sont réalisées avec des slogans comme « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir » en 2003, ou encore « celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas » en 2004, l'objectif principal étant de faire diminuer de 20% la consommation d'alcool sur les 5 prochaines années.

C'est en 2006 au Conseil des Ministres du 15 novembre, et sous l'impulsion du même Président, que le Ministre de la Santé et des Solidarités Xavier Bertrand présente le plan addictologie 2007-2011²⁸, « La Prise en charge et la prévention des addictions » avec pour principal objectif de permettre de rénover, de renforcer et de coordonner les dispositifs existants et développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge : prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social. L'Etat prend en main le sujet et se donne pour objectif « de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté »²⁹. 77 Millions d'euros vont être ainsi débloqués chaque année pendant 5 ans. Ce plan prévoit en outre la mise en place de la Commission Nationale d'Addictologie, réunissant des représentants d'associations de patients et de professionnels de santé qui sera chargée de la mise en œuvre du plan. Ce qui est important et qui concerne les SSR Alcoologie, c'est qu'il prévoit 6 priorités dont la première concerne l'amélioration de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé et notamment une meilleure prise en charge des sevrages complexes, de plus de 7 jours.

La circulaire³⁰ n° 2007-203 du 16 mai 2007, relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie précise enfin le rôle des SSR Addictologie et leur place dans le dispositif hospitalier. 3 Niveaux sont définis, le niveau I qui assure les réponses de proximité, le niveau II ou niveau de recours spécifiquement addictologique et le niveau III, ou centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU.

Les soins de suite et de réadaptation sont intégrés au niveau II de recours, et la circulaire précise « qu'ils constituent une étape importante de la prise en charge résidentielle des

²⁸ La prise en charge et la prévention des addictions, Plan 2007-2011, Ministère de la Santé et des Solidarités

²⁹ Idem note 28

patients après les soins aigus pour consolider leur abstinence. Ils proposent un projet thérapeutique médico-psycho-social où la réadaptation est un objectif essentiel. Il est également souhaitable que certains SSR puissent prendre en charge des patients dont les troubles des fonctions cognitives sont au premier plan ». Cette circulaire est le premier document officiel qui spécifie les dispositions d'encadrement minimales pour ces établissements, à savoir : « Une équipe de SSR ayant développé une activité en addictologie doit disposer de personnels compétents en addictologie (médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale). En fonction du projet thérapeutique, peuvent être proposés des temps d'éducateurs spécialisés, psychomotriciens/ergothérapeutes, kinésithérapeutes... ». Ce texte est d'autant plus important qu'il aborde les troubles des fonctions cognitives et abonde ainsi dans le sens de notre projet.

Depuis, deux décrets sont sortis le 17 avril 2008, le n° 2008-376³¹ et le n° 2008-377³² relatifs aux conditions techniques de fonctionnement d'une part, et aux conditions d'implantation d'autre part applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Il est à noter que le décret n°2008-377 cite clairement en section 11 « Soins de Suite et de Réadaptation » la catégorie des affections liées aux conduites addictives. Quant au décret n°2008-376, il va plus loin que la circulaire n° 2007-203 du 16 mai 2007 en précisant les « Conditions particulières à la prise en charge spécialisées des affections liées aux conduites addictives » à savoir :

- un médecin coordonnateur justifiant d'une formation ou d'une expérience attestées en addictologie.
- un titulaire de l'autorisation qui assure une prise en charge dans au moins deux des pratiques thérapeutiques et de réadaptation suivantes : psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique. Les séquences de traitement sont individuelles ou collectives. Elles sont organisées de façon à pouvoir assurer à chaque patient, en fonction de son état clinique, tous les jours ouvrés, au moins une séquence de traitement dans l'une de ces pratiques. Elles peuvent associer, chaque fois que nécessaire, sur proposition médicale et avec l'accord du patient, un ou plusieurs membres de l'entourage du patient.
- des membres de l'équipe pluridisciplinaire justifiant d'une formation et d'une expérience attestées dans la prise en charge des addictions.
- un titulaire de l'autorisation disposant de locaux appropriés à la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage des patients aux programmes de soins.

³⁰ Circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007

³¹ Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR

³² Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR

Cette date du 17 avril 2008 est donc un pas très important non seulement pour tous les établissements SSR du domaine Alcoologie mais pour La Gandillonnerie puisqu'il confirme ses choix passés et son projet d'amélioration de prise en charge du patient vis-à-vis des troubles cognitifs. Mais ce travail de rénovation ne s'arrête pas là, puisque pour aider à l'application des deux décrets, une circulaire est actuellement à l'étude par la DHOS afin de préciser les rôles et les articulations des volets du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive. Cette circulaire est d'autant plus importante qu'elle élabore un référentiel d'organisation des soins concernant les SSR prenant en charge les addictions.

II.3. Les stratégies thérapeutiques

Toutes les études menées jusqu'à présent, et aux Etats-Unis en particulier, montrent que la guérison n'existe pas, quoiqu'en disent les congrégations religieuses, que le seul moyen de « s'en sortir » est l'abstinence définitive. Des tentatives de reprise de consommation modérée ont pour la plupart conduit à l'échec.

Plusieurs stratégies thérapeutiques existent pour combattre la maladie alcoolique et amener à l'abstinence définitive. Elles auront plus ou moins de succès, seront plus ou moins pertinentes selon l'étape de la progression de la maladie.

La première des interventions est souvent prodiguée par le médecin généraliste, c'est l'approche par la discussion, la sensibilisation. En fait cette approche, brève dans certains cas (Urgences...), répétée inlassablement dans d'autres (centres Postcure...) est la plus développée.

Ensuite, celle qui vient en général à l'esprit des malades concerne la prise de médicaments. Bien ancré dans les convictions populaires, le traitement chimique est perçu comme le moyen efficace pour arrêter de boire. Or il n'existe toujours pas de médicaments miracles susceptibles de guérir une dépendance alcoolique ou d'empêcher quelqu'un qui n'en a pas le désir.

L'apport médicamenteux peut intervenir au cours de 3 étapes :

- ☞ En pré-sevrage, mais la présence d'alcool et le manque de volonté de l'alcoolodépendant perturbe l'efficacité des produits,
- ☞ Au cours du sevrage, avec pour objectif de calmer la sensation de manque.
- ☞ Dans le post-sevrage, comme en centre de postcure, avec pour objectif le maintien de l'abstinence. Le rôle du médicament aura principalement pour mission de prévenir les dépressions tardives, des semaines, voire des mois plus tard.

Il existe d'autres stratégies, plus élaborées, qui permettent de conduire le patient à une abstinence définitive telles que :

- ☞ La PNL, Programmation Neuro-Linguistique, est basée sur l'analyse des comportements. L'objectif sera de recréer du lien entre le corps et le mental, en travaillant sur ses propres représentations mentales, concernant notamment la santé.
- ☞ L'Analyse Transactionnelle (AT), est basée sur l'analyse des phénomènes intrapsychiques à travers les échanges relationnels. Elle permet également une meilleure connaissance de soi et un travail sur sa relation aux autres.
- ☞ La Psychanalyse et les thérapies d'inspiration analytique, font plutôt référence à l'inconscient. Les difficultés que le malade vit dans le présent sont liées à des conflits psychiques non résolus et refoulés. La cure psychanalytique a pour objectif de découvrir ces éléments refoulés dans l'inconscient.
- ☞ Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) déjà présentées dans ce mémoire, sont des techniques qui s'appuient sur une méthodologie expérimentale et permet de résoudre des problèmes comme les addictions, phobies, psychoses par des exercices pratiques.
- ☞ Les Thérapies Systémiques telles que les thérapies familiales sont des approches globales, considérant le patient comme un « élément » dans un système complexe. L'objectif est d'intervenir avec le patient auprès de la famille pour découvrir et faire découvrir des relations pathologiques à travers des règles d'interaction dans le groupe familial.

Ces différentes stratégies peuvent être abordées seules ou en combinaison par les différents acteurs de la chaîne sanitaire.

Ces acteurs vont du médecin généraliste aux différents spécialistes (professionnels libéraux ou services) tels que les services d'urgences, premiers pourvoyeurs, psychiatrique, gastroentérologique, voire de médecine interne ou de neurologie.

Sont également concernés les CCAA, Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie. Spécialisés dans la prévention dite secondaire, ciblant plutôt les consommateurs en mésusage non dépendants. Ils sont constitués d'équipes pluridisciplinaires et abordent le suivi ambulatoire médical, relationnel et social.

Viennent ensuite les cures et postcures qui sont des centres spécialisés indépendants avec un programme thérapeutique bien défini de soins essentiellement résidentiels en alcoologie pour une durée allant de 15 jours à 6 mois. Les centres de cure incluent le sevrage et les soins et sont plutôt orientés vers la psychothérapie d'une durée de 3 à 4 semaines. Les

postcures excluent pour la plupart le sevrage et proposent des soins plus orientés vers la réadaptation sociale, d'une durée se situant en moyenne autour de 2 à 3 mois.

II.4. Les troubles cognitifs

II.4.1. Les troubles cognitifs, des freins à la compréhension

Par définition³³, ce sont des troubles liés à la cognition. Du verbe connaître, la cognition est la faculté d'utiliser et de traiter des connaissances et des informations qui sont à notre disposition. Autrement dit, il s'agit de stimuli externes captés et filtrés par les organes des sens qui sont ensuite perçus, voire reconnus par l'organisme au niveau du cerveau. Une première sélection par le biais de notre mémoire « court terme » est effectuée qui va permettre ou non ensuite le stockage dans la mémoire dite « long terme ». Tous ces éléments « archivés » peuvent être repris pour être utilisés, analysés pour se rappeler, porter des jugements, faire des comparaisons, des déductions, etc...

Comme nous venons de l'évoquer ci-dessus, les fonctions cognitives, qui ont d'ailleurs été très longtemps dénommées « fonctions supérieures » font intervenir de très nombreux éléments tels que :

- ☞ Les perceptions visuelles, olfactives, gustatives, auditives, somesthésiques, grâce aux organes des sens
- ☞ L'attention, la concentration...
- ☞ La mémoire (à court terme et à long terme)
- ☞ L'analyse ou représentation mentale
- ☞ Le langage
- ☞ La gestuelle

La mise en fonction de ces différents éléments de manière synergique permet et entraîne un certain nombre de processus tels que :

- ☞ Raisonnement, déduction...
- ☞ Organisation des connaissances...
- ☞ Abstraction, généralisation...
- ☞ Jugement...
- ☞ Catégorisation...

³³ Alcoologie et Troubles cognitifs, Dr F. Pinton, Etude interne La Gandillonnerie 2006

Ces processus permettent de développer ce que nous pouvons maintenant communément appeler « l'intelligence ».

L'ensemble interdépendant des facettes (ou processus) des fonctions cognitives, avec en particulier cette résultante qu'est « l'intelligence », va nous permettre d'être en relation avec le monde extérieur et surtout avec les autres membres de l'espèce humaine.

Ainsi, nous allons pouvoir créer et vivre ensemble dans une même société. Ces fonctions cognitives efficaces sont donc indispensables pour l'être humain qui envisage la vie avec les autres êtres humains, dans une société commune.

A contrario, les troubles cognitifs peuvent être définis comme un mauvais fonctionnement ou une altération de ces fonctions cognitives.

Pour illustrer d'exemples :

- ☞ Si l'atteinte cognitive affecte le langage, nous parlons d'aphasie
- ☞ Si l'atteinte cognitive affecte la gestuelle, nous parlons d'apraxie
- ☞ Si l'atteinte cognitive affecte la reconnaissance des perceptions, nous parlons d'agnosie
- ☞ Si l'atteinte cognitive affecte la mémoire, nous parlons d'amnésie
- ☞ Si l'atteinte cognitive affecte plus largement « l'intelligence », nous parlons soit de retard mental, soit de démence

Bien sûr, tous ces termes ne sont cités qu'à titre d'exemples. Chaque fonction cognitive peut être atteinte et une dénomination particulière lui est attribuée. De plus à l'intérieur de chaque fonction cognitive, il existe des sous-groupes mettant en avant une classification encore plus fine de la pathologie (par exemple : amnésie antérograde ou amnésie rétrograde, selon que l'atteinte porte soit sur la mémoire à court terme soit sur la mémoire à long terme).

Bien évidemment, ces troubles cognitifs peuvent découler de causes extrêmement nombreuses et différentes. Ils résultent, en général, d'une altération organique du tissu cérébral, entraînant donc un retentissement fonctionnel. De ce fait, tout élément, tout traumatisme, toute atteinte toxique, étant à l'origine d'une lésion cérébrale est potentiellement la cause d'un véritable trouble cognitif.

La première cause qu'il nous semble logique de nommer, est bien entendu liée au vieillissement cérébral, normal ou pathologique, comme dans les démences préséniles (de type Alzheimer par exemple).

Les traumatismes crâniens avec lésion cérébrale, les accidents vasculaires cérébraux, les hypoxies prolongées, des tumeurs cérébrales etc... peuvent entraîner des troubles cognitifs divers et variés, selon la zone du cerveau qui a été lésée.

De même, la prise ou l'exposition massive, répétée, de substances toxiques peut altérer le cerveau et amener des troubles cognitifs graves.

Il semble maintenant clairement établi par la communauté scientifique que l'alcool est un puissant élément toxique pour l'ensemble de l'organisme. Plus spécifiquement, il est admis que ce produit a une nocivité encore plus accrue pour le système nerveux et en particulier pour le cerveau.

Son ingestion répétée et/ou massive va entraîner des lésions neurologiques et cérébrales. De plus, le fait même d'effectuer des sevrages multiples semble également être la cause de dommages pour le cerveau. L'ensemble du système nerveux peut être atteint que ce soit au niveau périphérique ou au niveau central, avec des localisations nombreuses et diverses. L'état de l'art montre que la sphère cognitive semble être atteinte de manière privilégiée. Dans le cas extrême, la maladie porte pour nom le syndrome de Korsakoff. D'un point de vue cognitif, les altérations touchent particulièrement la mémoire épisodique, la mémoire de travail (mémoire explicite) et les fonctions exécutives. Le raisonnement est altéré, la personne a rarement conscience de son état et présente de nombreuses fabulations. Les effets comportementaux de la maladie sont évolutifs, l'impulsivité et l'agressivité laisseront place à l'apathie et la passivité.

II.4.2. Les troubles cognitifs d'origine alcoolique, un phénomène réversible

Ainsi, il est maintenant démontré que l'alcool peut-être à l'origine de troubles cognitifs plus ou moins sévères pouvant impacter plus ou moins gravement les diverses fonctions cognitives de l'individu. Le résultat est que le malade atteint de tels troubles ne peut pas, intellectuellement, être acteur et profiter des thérapies prodiguées. Mais ce qui est important c'est que l'on constate que ces troubles d'origine alcoolique sont partiellement voire totalement régressifs à l'arrêt de l'intoxication. Il existe notamment aux Pays Bas des établissements qui prennent en charge des malades atteints de la maladie de Korsakoff, qui est le cas extrême en termes de troubles cognitifs dus à la consommation d'alcool, et ils ont constaté qu'il était possible par des exercices appropriés de récupérer une partie des facultés perdues. Ainsi du temps et un soutien adapté sont les deux principaux éléments nécessaires à un accompagnement et une prise en charge ayant le maximum de chances d'être utile et efficace.

Fort de ce constat, il nous est apparu évident que nous pourrions améliorer la prise en charge des malades alcooliques atteints de troubles cognitifs en intercalant des thérapies adaptées, sur un temps nécessairement long et individualisé avant de les orienter vers un circuit plus classique de thérapie. C'est l'objet de ce mémoire et de la troisième partie qui suit.

II.4.3. Les troubles cognitifs et les politiques publiques

Il a été présenté ci-avant l'évolution des politiques publiques sous tendant les actions dans le domaine de l'addictologie et plus précisément concernant les centres de Soins de Suite et de Réadaptation. Nous avons déjà évoqué la circulaire n°2007-203 du 16 mai 2007 qui, dans son volet hospitalier, souhaite « que certains SSR puissent prendre en charge des patients dont les troubles des fonctions cognitives sont au premier plan ».

On notera en outre que le décret 2008-376 également cité définit les conditions techniques de fonctionnement des SSR présente un paragraphe 4 « Conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux ». Les troubles cognitifs en étant, il est intéressant de rappeler ce que ce paragraphe définit comme compétences requises dans ce type de prise en charge.

Ainsi, le décret précise que :

- le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie,
- le titulaire de l'autorisation assure l'accès des patients à un médecin qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation et à un médecin qualifié spécialiste en neurologie.
- l'équipe pluridisciplinaire comprend au moins des compétences de masseur kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et de psychologue,
- s'il n'est pas lui-même autorisé à exercer les activités de soins de réanimation adulte ou pédiatrique et de neurochirurgie, le titulaire de l'autorisation organise la prise en charge des patients dont l'état de santé le requerrait par un établissement de santé autorisé à exercer ces activités avec lequel il passe convention.
- le titulaire de l'autorisation offre une prise en charge dans au moins trois des cinq pratiques thérapeutiques suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité ou prise en charge neuropsychologique. L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré, au moins deux séquences de traitement dans l'une de ces pratiques, dont au moins une séquence de soins individualisés.

- le titulaire de l'autorisation assure l'accès à un plateau technique permettant de réaliser des examens d'électromyographie et d'électroencéphalographie, à un laboratoire d'urodynamique et à un laboratoire d'analyse du mouvement, le cas échéant par voie de convention avec un autre établissement de santé ou groupement de coopération sanitaire. Ces précisions doivent servir de cadre à la constitution de l'équipe professionnelle du projet. Mais pour l'instant, force est de reconnaître qu'il y a peu de textes concernant cette pathologie, et ceci en raison du peu de connaissances encore dans le domaine.

II.4.4. Des modèles thérapeutiques

Il n'existe pas en France de modèles thérapeutiques adaptés à la prise en charge des troubles cognitifs d'origine alcoolique. Nous nous sommes rapprochés de ceux utilisés dans les unités prenant en charge le syndrome de Korsakoff, stade ultime dans les pathologies cognitives dues à l'absorption d'alcool et également de celles traitant de la maladie d'Alzheimer, proche du point de vue symptomatique.

A l'étranger, et notamment aux Pays-Bas, il existe un programme important pour la prise en charge de la maladie alcoolique. Un certain nombre d'établissements existent dans le traitement pour des patients atteints du syndrome de Korsakoff. L'exemple que nous avons pris concerne l'établissement de Venray aux Pays-Bas³⁴. La durée moyenne de séjour est de 11 mois et demi. Le processus est divisé en 3 parties : le diagnostic, le traitement et la réhabilitation sociale.

Le diagnostic est programmé sur plusieurs semaines au cours desquelles le patient passe un certain nombre d'entretiens et de tests afin d'évaluer le degré des troubles des fonctions cognitives.

Le traitement a comme objectif principal un accroissement de l'autonomie personnelle, avec une attention particulière envers la propre acceptation des déficiences sur le plan de la mémoire. Etant donné le très faible effet d'un traitement purement mnémotechnique, la priorité est accordée à la structuration des journées et de l'environnement immédiat. Une des devises des « Cliniques Korsakoff », que nous reprendrons à notre compte dans notre stratégie de soins, sera la règle des 4 C, à savoir, des soins continus, concrets, conséquents et courts (mais répétés). Ces soins consisteront à la participation à un certain nombre d'ateliers sollicitant de manière graduée les différents sens et les différentes fonctions cognitives.

³⁴ L'expérience des « Cliniques Korsakoff » aux Pays-Bas : l'exemple de Venray, Editorial Alcoologie et Addictologie, Juin 2004, Ed. SFA

A l'issue du traitement, plus ou moins long, et dans le cas du syndrome de Korsakoff, les patients sont orientés vers diverses formes d'habitation protégée car environ un quart de ces patients resteront dépendants de soins de façon permanente.

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer le traitement est essentiellement médicamenteux. Cependant, cette maladie concerne une désagrégation du fonctionnement psychique qui confine la personne atteinte dans une passivité largement renforcée par l'environnement qu'il soit familial, amical, soignant, ou institutionnel. La réification des patients par l'entourage entraîne un étiolement des fonctions notamment cognitives. La constitution de petits groupes de parole (3 à 5 sujets) permet une dynamique impulsant des activités affectives, socioculturelles et cognitives stimulantes délivrant les patients de leur oisiveté nocive. Par la discussion, les malades alzheimeriens affichent une meilleure affirmation et estime de soi, une diminution importante de leur agitation et de leur confusion (temporospatiale, affective, sociale...), une identité individuelle nouvelle par un jeu de miroirs où l'autre ne renvoie pas un modèle inaccessible et négativiste. D'autre part, divers rééducateurs interviennent afin de solliciter les différentes fonctions du corps au moyen de jeux, d'activités diverses stimulant directement ou indirectement les fonctions cognitives.

Au-delà de l'aspect thérapeutique, c'est aussi l'environnement créé autour du malade qui nous a intéressés. Les chambres, les couloirs, les salles de thérapie sont aménagés en tenant compte du besoin de repérage des patients atteints de cette maladie : le choix et la différenciation des lieux par les couleurs, la mise en place de gros objets bien visibles et individualisés (horloges, plannings...).... D'autre part les unités accueillant ces malades sont obligées de mettre en place un système de sécurité élaboré pour les protéger d'éventuelles fugues, pertes...

Sans que les patients que nous souhaitons accueillir soient atteints de symptômes aussi graves et aussi extrêmes, il ressort que les techniques de groupe et les rééducations sur différents aspects, physiques, sensoriels, psychiques permettent de retrouver tout ou partie de l'usage des fonctions cognitives mais nécessitent du temps et de la patience.

A partir de la connaissance acquise sur la maladie et ses impacts sur les facultés cognitives, et compte tenu de l'évolution des Politiques Publiques qui prennent mieux en compte la pathologie alcoolique et toutes ses conséquences, nous proposons d'élargir l'offre de soins du SSR pour améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs.

III. Elargir l'offre de soins du SSR pour améliorer l'accompagnement des malades alcooliques atteints de troubles cognitifs

Les structures traitant des troubles cognitifs générés par l'absorption d'alcool (type syndromes de KORSAKOV, GAYET-WERNICKE, troubles de la mémoire, démence alcoolique...) sont inexistantes actuellement en France. Ainsi, les patients concernés (50% des malades alcooliques souffriraient de pathologies des fonctions cognitives selon l'INSERM) n'ont aucune solution thérapeutique spécifique et satisfaisante à leur disposition. Les conséquences principales que nous avons pu constater pour ces patients non pris en charge, sont de deux ordres :

- ☞ L'aggravation progressive de leur état que ce soit au niveau alcoolologique ou au niveau cognitif avec apparition de co-morbidités et d'une surmortalité,
- ☞ Des séquelles sociales majeures faites d'isolement, de perte d'autonomie, de désinsertion, de désocialisation...

Il est donc urgent de repenser le modèle thérapeutique classique actuel et de le compléter d'outils spécifiquement adaptés.

III.1. Les principes fondateurs du projet

III.1.1. Conjuguer les intérêts de chacune des parties

Les enjeux thérapeutiques sont d'au moins 3 ordres, vis-à-vis du patient, qui est et doit rester au centre des préoccupations du système de prise en charge sanitaire, vis-à-vis de la société, qui doit avoir une réponse cohérente, complète, efficiente dans le domaine de l'assurance maladie, et vis-à-vis de la structure qui doit toujours s'inscrire dans les perspectives des enjeux précédemment cités en restant fidèle à ses valeurs et à ses missions.

Ainsi, c'est apporter une réponse cohérente et adaptée aux patients présentant des troubles cognitifs d'origine alcooliques pour lesquels un temps de séjour entre la prise en charge aigüe et le suivi addictologique est nécessaire.

L'enjeu est de répondre à une catégorie de malades qui ne peut bénéficier pleinement des prestations offertes dans tout établissement actuel (SSR en alcoologie classique) et pour laquelle aucune structure actuelle en France ne traite l'aspect cognitif de la maladie (Il faut aller en Belgique, aux Pays-Bas, au Canada entre autres pour trouver une réponse adaptée).

Vis-à-vis de la société, c'est permettre aux patients d'être à leur place dans un établissement spécialisé et compétent et non dans des structures ou services non adaptés, occupant inutilement les places.

Pour le domaine médical, socio-médical voire social, c'est participer au recentrage des hôpitaux sur leurs missions principales, réorienter des patients se trouvant dans des services psychiatriques non adaptés à cette typologie de maladie, ou encore dans des structures du type EHPAD moins adaptées voire « encombrées » de patients ne relevant pas des critères habituels.

Et enfin, vis-à-vis de la structure, c'est élargir nos compétences dans le domaine de l'alcoologie à visée cognitive et ainsi éviter de laisser des patients sans traitement approprié. C'est assurer une continuité de prise en charge du patient, proposer une prestation complète, de qualité dans un cadre spécialisé unique en France, voire développer de la recherche en vue d'élargir les compétences dans le domaine.

III.1.2. Approfondir la réflexion et ne pas rester isolé

Face à cette prise de conscience de mise en échec du modèle thérapeutique actuel pour certains patients et des lacunes du système sanitaire français vis-à-vis de cette maladie, j'ai décidé en 2007 d'engager l'établissement dans l'étude d'une proposition d'amélioration du modèle thérapeutique et de la prise en charge.

J'ai construit cette démarche de connaissance autour de 4 axes : un travail en interne, propre à l'établissement, une réflexion avec des « experts européens », une ouverture aux autres acteurs externes du territoire et un positionnement dans les instances nationales. Il s'agit à la fois de nourrir et de se nourrir, de s'inscrire dans les instances pour faire évoluer la prise en compte du problème.

III.1.2.1. Une réflexion en interne

Tout d'abord, il s'agit de bien comprendre, en interne, le phénomène des troubles cognitifs, leur étendue, leurs limites. Cette connaissance permet ensuite d'élaborer un nouveau modèle thérapeutique complémentaire du modèle classique et enfin de proposer une application intégrée au centre La Gandillonnerie. Pour se faire, j'ai constitué un premier

groupe de travail pluridisciplinaire (médecin, infirmiers, responsables d'atelier) qui s'est intéressé aux différents tests neuropsychologiques existants³⁵ pour mieux comprendre ce phénomène et le mettre en évidence. J'ai, en parallèle, confié au Médecin Chef de l'établissement, qui a construit le concept thérapeutique de La Gandillonnerie, la réflexion sur un modèle thérapeutique adapté avec proposition d'un programme de soins approprié.

III.1.2.2. Une réflexion avec des experts

Par ailleurs, le groupe de travail cité ci-dessus a été chargé de prendre contact avec différents établissements du territoire (EHPAD, Unités Alzheimer,...) ou à l'étranger afin d'organiser des visites pour comparer les méthodes de prise en charge des personnes ayant des troubles similaires.

Afin d'avoir l'avis de professionnels en la matière, nous avons invité 3 thérapeutes d'un centre Korsakoff aux Pays Bas (établissements hautement spécialisés dans le traitement du type de pathologie qui nous intéresse), rencontre qui a eu lieu en décembre 2007, et leur avons soumis notre réflexion et notre proposition de modèle. Ces échanges nous ont permis de mieux cerner notamment les possibilités de réversibilité et le niveau de dépendance ou d'autonomie selon la gravité des troubles.

III.1.2.3. Une ouverture aux acteurs externes du territoire

Le projet a également été présenté à différentes personnalités médicales œuvrant dans des services neuropsychiatriques, d'alcoologie, dans des hôpitaux, en amont de la chaîne sanitaire afin d'avoir leur avis sur la pertinence du projet. Il s'est avéré que la plupart d'entre eux se trouvait effectivement confrontée à des patients atteints de troubles cognitifs dus à la consommation d'alcool et a confirmé l'intérêt d'un tel projet.

III.1.2.4. Un positionnement au niveau national

J'ai également décidé d'inscrire cette démarche dans une dynamique nationale et d'être le porteur de cette réflexion car, adhérent à la FNESAA, fédération nationale, et moi-même coordinateur du réseau des directeurs de cette fédération, je me suis rendu compte que nous n'étions pas les seuls à nous interroger sur cette maladie, suite au colloque de la SFA en 2004. Ainsi, lorsque la FNESAA, mandatée par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) et en collaboration avec la SFA, a élaboré l' « annexe 6 » de la circulaire Addictologie³⁶ relative aux décrets³⁷, j'ai proposé que le Médecin Chef soit en charge de l'élaboration du texte abordant le sujet « troubles cognitifs ». Il était primordial

³⁵ Cf. annexe 2, tests neuropsychologiques

³⁶ Projet de Circulaire Addictologie, Annexe 6 : Structures spécialisées de SSR prenant en charge les affections liées aux conduites addictives

³⁷ Décrets, op. cit. page 36

que ce thème soit reconnu par les autorités et intéressant que l'établissement soit accepté par ses pairs comme expert. En janvier 2008 a eu lieu une première validation de cette annexe par la CNA (Commission Nationale d'Addictologie) qui n'a pas retenu le texte tel quel³⁸ mais a validé la prise en compte des troubles cognitifs dans la prise en charge de la maladie alcoolique³⁹. Il est entendu que ce texte doit être maintenant validé par les diverses fédérations hospitalières et entériné par les autorités compétentes. C'est une avancée importante qui nous permet de continuer à travailler sur cette amélioration de prise en charge et de modèle thérapeutique.

III.1.3. Inscrire le modèle thérapeutique dans un parcours de soin

Situé à proximité du Centre SSR en Alcoologie, ce projet permet de proposer aux patients une prise en charge adaptée et une transition progressive entre les thérapies à visée cognitive et celles dites classiques telles que pratiquées à LA GANDILLONNERIE, solution plus facile et moins anxiogène pour le patient. La difficulté de l'exercice sera d'inscrire ce modèle dans le parcours de soins du patient, qu'il vienne après un sevrage en court séjour ou d'un service de psychiatrie ou qu'il soit envoyé par son médecin traitant. Dans un premier temps, en attendant que les acteurs en amont soient mieux formés à la pathologie et mieux sensibilisés à notre prestation, ce sera du rôle des médecins de l'établissement de déterminer le niveau des troubles des fonctions cognitives du malade et de définir le parcours thérapeutique. A l'issue du processus thérapeutique, il restera à définir avec le patient quelle prise en charge sera la plus adaptée pour lui, la poursuite dans l'établissement en vue d'une continuité des soins pour la consolidation de l'abstinence ou l'orientation vers une autre structure sanitaire voire médico-sociale (CSAPA par exemple) ou sociale (CHRS entre autres).

III.2. La création d'une unité spécifique intégrée pour élargir l'offre de service

III.2.1. Les fondements du projet thérapeutique

Il s'agit de proposer un concept et une structure qui prennent en charge pendant une durée indéterminée des patients atteints de tels troubles qui ne peuvent adhérer aux thérapies prodiguées actuellement dans l'établissement. Les symptômes de ces malades sont tels qu'il va falloir mettre en place un parcours de soins individualisé, propice à leur faire retrouver leurs capacités cognitives et leur permettre de rejoindre à plus ou moins long

³⁸ Cf. annexe 3, extrait de texte proposé pour l'annexe 6 de la circulaire Addictologie

³⁹ Cf. annexe 4, extrait retenu par la CNA du 22/01/08

terme, si tel est leur souhait, le processus thérapeutique classique du SSR. L'architecture devra répondre à ces fondements.

Dans cette perspective j'ai mis en place en juillet 2007 une équipe de 5 personnes afin de développer une unité spécialisée conformément au concept thérapeutique élaboré.

Cette équipe est constituée du directeur, du médecin chef, de l'adjoint de direction, du médecin responsable du groupe de travail sur l'évaluation de tests neuro-psychologiques, et de l'infirmier chef.

Pour garantir une homogénéité architecturale, j'ai demandé à l'architecte du centre et au président de l'association de se joindre à l'équipe.

Dans un premier temps, j'ai chargé cette équipe de travailler sur un projet de structure adaptée afin de constituer un pré-dossier de présentation (présentation aux politiques, aux institutions...).

En décembre 2007, l'équipe s'est agrandie et a eu pour mission de finaliser le projet en tenant compte de l'enseignement apporté par les visites réalisées. Je prévois en outre, au fur et à mesure de l'avancement du projet, la mise en place de groupes de travail sur le réaménagement de l'infirmierie et du restaurant, sur l'évolution des ateliers ménage et lingerie notamment.

III.2.2. Un projet thérapeutique inspiré du modèle Korsakoff

Le programme de soins proposé s'inspire librement d'un modèle existant aux Pays-Bas usité dans les cliniques « Korsakoff ».

Ce programme commence par un arrêt total de toute prise d'alcool. Ensuite, comme nous l'avons déjà évoqué, cette première phase de traitement s'effectue dans la durée. D'une durée moyenne de 11,5 mois dans les cliniques « Korsakoff », elle est complètement fonction du niveau d'incapacité de la personne accueillie et de son évolution. En fait elle est ajustée en fonction de la récupération du patient et de sa capacité à intégrer le « circuit classique » ou à être orienté vers un établissement mieux adapté.

Dans un premier temps et à plusieurs reprises durant le séjour, des tests d'évaluation cognitive seront réalisés afin de suivre au plus près l'évolution du patient et d'adapter ainsi les soins.

Ce modèle thérapeutique est articulé autour de 3 phases.

III.2.2.1. Première phase : diagnostic des troubles des fonctions cognitives

Le groupe de travail « Elaboration d'un protocole de tests » mis en place et constitué d'un médecin, de l'infirmier chef et d'un certain nombre d'infirmières et de responsables d'atelier

(groupe 5 à 6 personnes) a eu pour objectif de travailler avec le service de neuropsychologie du CHU de Poitiers, notamment avec le Professeur GIL afin de tester et choisir un certain nombre de tests pertinents pour affiner, voire confirmer un diagnostic de troubles cognitifs et d'évaluer régulièrement l'évolution de ces troubles. Ainsi, l'équipe s'est prêtée au jeu d'en tester quelques uns parmi ceux présentés en annexe...

Ces tests neuropsychologiques sont une série de petits exercices qui cherchent à évaluer les fonctions cognitives (intellectuelles ou dites supérieures) de la personne : langage, reconnaissance des perceptions sensibles et sensorielles, attention et mémoire, raisonnement, jugement, compréhension, orientation dans l'espace ou le temps.

L'intérêt d'avoir plusieurs tests à disposition est que chacun d'entre eux explore différents aspects des fonctions cognitives, à des degrés différents de précision.

A l'arrivée du patient, ils contribuent à l'élaboration du diagnostic et du contenu des soins. En cours de séjour, ils permettent de suivre le patient, de quantifier son évolution (amélioration, stagnation, ou régression) et d'ajuster la thérapie ainsi que la durée des soins.

Le protocole de tests sera appliqué en face à face entre un patient et un soignant. Il s'agit de questionnaires dont la durée est variable en fonction du test sélectionné et du nombre de tests à passer ; entre ¼ d'heure à 1 heure.

Le calcul des résultats se fera selon une grille préétablie par le concepteur de chacun des tests.

Chacun des résultats sera ensuite analysé par un médecin.

Ainsi, concrètement, alors qu'à l'heure actuelle le patient a un entretien avec un médecin dès son arrivée puis est pris en charge par l'équipe soignante, il sera effectué un repérage des patients souffrant de troubles cognitifs par le médecin. Ainsi, à la suite de l'entretien médical, des membres du personnel soignant formés et entraînés au passage des questionnaires évoqués précédemment, les feront passer à chacun des nouveaux patients. Dans le cas d'une mise en évidence d'une pathologie de la sphère cognitive, le patient sera revu en entretien par un des médecins du centre. Ce dernier devra alors lui expliquer son état et lui présenter la nécessité de suivre une thérapie personnelle et mieux adaptée avant de rejoindre le circuit dit classique. La difficulté de l'exercice est de faire prendre une décision, de faire comprendre une situation à des personnes qui n'en auront pas forcément la capacité au vu-même de leur pathologie cognitive.

C'est par l'expérience acquise au sein de l'établissement et par l'attrait du programme de soins que nous amènerons ces patients à suivre un tel parcours.

Cependant, c'est avec le temps et la reconnaissance de cette activité par les différents acteurs des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et le travail en amont avec les

médecins, les hôpitaux et services psychiatriques que les patients ayant de tels troubles seront « détectés » plus en amont dans la chaîne de soins et nous seront adressés. Nous avons d'ailleurs pour objectif de faire faire passer notre batterie de tests le plus en amont possible.

III.2.2.2. Deuxième phase : le déroulement des soins du patient

Concernant les soins, ils auront pour objectif principal de stimuler d'une manière intensive et cohérente l'ensemble des fonctions de la sphère cognitive. Ils seront pluriquotidiens et devront accompagner le patient dans toutes ses composantes, psychiques, physiques et sociales, dans un but de récupération d'une autonomie. Des ateliers de réapprentissage des actes de la vie quotidienne seront sous la responsabilité d'ergothérapeutes. Des séances de « rééducation » cognitive avec stimulation neuropsychologique seront effectuées par des psychologues, des orthophonistes.

Le corps ne sera pas oublié puisque seront aussi proposées des séances de kinésithérapie, de psychomotricité. La balnéothérapie pourra être utilisée, des soins de socio-esthétique seront également disponibles.

Un accompagnement social sera indispensable dans le cadre de la préparation à la sortie.

Un suivi régulier, tant médical que psychologique, fera partie intégrante des soins.

Enfin, une introduction progressive aux soins « classiques » pourra être effectuée.

Le but principal de ce programme thérapeutique va être de « stimuler » l'ensemble des fonctions de la sphère cognitive. Cette orientation des soins devra permettre une amélioration voire le retour à une autonomie la plus complète possible.

Le patient va être complètement impliqué dans son programme de soins. Il en sera le pivot. Progressivement, il deviendra de plus en plus « acteur » au fur et à mesure de son évolution positive. D'un point de vue pratique, l'accompagnement sera intense en début de séjour. Il sera fait de stimulations sensorielles, intellectuelles, sensibles... La répétition de ces stimulations sera la règle.

Au début, ces stimulations devront permettre une sorte de réveil cognitif progressif.

Les soins porteront et se situeront à tous les niveaux des fonctions sensorielles, visuel, olfactif, auditif, gustatif et somesthésique.

Petit à petit, le travail évoluera en profondeur avec une recherche de sollicitation des fonctions intellectuelles supérieures que sont la mémoire, la parole, la concentration, la gestuelle et l'écriture.

Le programme de soins, réalisé par des professionnels dans chaque domaine, permettra au patient une prise de conscience graduelle de l'amélioration de son état psychique, du retour de ses capacités cognitives, intellectuelles...

Une fois cette première étape effectuée (même si les soins sont un continuum sans véritable palier), il sera procédé à une évaluation. Pour ce faire, seront utilisés les tests et les questionnaires de dépistage qui avaient été employés au moment du repérage des patients et de l'entrée dans les soins. Un bilan comparatif des résultats sera opéré par l'ensemble de l'équipe soignante afin de permettre une poursuite de l'orientation thérapeutique la plus conforme possible à l'évolution cognitive réelle du patient considéré.

Pour ce qui le concerne, il lui sera largement commenté les résultats des questionnaires, son niveau de progression, la synthèse des soignants et surtout il lui sera détaillé la suite du programme thérapeutique et ce qu'il peut et doit en attendre.

Ensuite, la thérapie consistera à approfondir les différents pôles d'activité de l'étape précédente. Mais, progressivement, le but sera de réunir et de synthétiser ces divers axes de soins cognitifs. Cette synthèse ira dans le sens d'un retour à l'autonomie tant du point de vue intellectuel, que physique ou social.

Cette « resocialisation » croissante, associée à une réappropriation de l'espace et surtout du temps, permettra de commencer à envisager une perspective de projection dans l'avenir. Des projets, des envies, une adhésion dans le futur pourront renaître dans l'esprit et la vie du patient.

La mise en route des soins « alcoologiques » débutera de manière graduée et progressive et l'intégration au milieu des autres patients du centre de « La Gandillonnerie » se fera graduellement en parallèle.

Pour mener ce programme de soins, il est nécessaire de constituer une équipe de professionnels bien spécifique.

III.2.3. La composition de l'équipe, une approche plus rééducative

Cette prestation sera dans la continuité de ce qui se fait actuellement dans le centre, bien qu'en amont du processus thérapeutique. L'objectif est donc de ne pas créer d'équipe séparée de l'actuelle mais bien de créer un ensemble homogène. Ainsi l'équipe du point de vue thérapeutique sera rattachée au Médecin Chef de l'établissement. Le personnel actuel aura à intervenir auprès de ces nouveaux patients, le personnel recruté étant principalement spécialisé en rééducation.

Du point de vue administratif, cette unité sera rattachée à l'organigramme général.

Bien que dans la continuité de la compétence actuelle et en amont dans le processus de soins, cette équipe aura un rôle beaucoup plus rééducatif, plus centré sur la réadaptation à une vie de tous les jours, avec un effort particulièrement important pour retrouver la maîtrise des actes que toutes personnes en bonne santé réalisent dans une journée.

Afin de prendre la responsabilité de cette unité, un médecin, de formation généraliste sera recruté. Il devra avoir cependant une double compétence :

- en alcoologie et addictologie
- dans le domaine des troubles cognitifs

Une de ses missions principale sera de coordonner l'équipe de cette unité mais aussi de faire le lien avec le reste du centre.

Dans cette unité, il sera responsable de la réalisation du programme de soins de chaque patient et du suivi de leur évolution.

Il sera nécessaire, au vu de la pathologie de recruter un psychologue. En étant au plus près des patients, il sera un des personnages centraux de ce système de soins. En pratique, il secondera au quotidien le médecin de l'unité dans la gestion, l'accompagnement, l'évolution des thérapies.

Un des premiers rôles du psychologue sera de prendre en charge le passage des différents tests et questionnaires de repérage et de diagnostic des troubles cognitifs, que ce soit au moment de l'entrée dans la section ou lors des évaluations périodiques.

Une fois les questionnaires passés, il centralisera les résultats, les analysera et en fera une synthèse qu'il transmettra au reste de l'équipe soignante lors d'une réunion dédiée. Ce travail pourra également être effectué en collaboration avec le médecin de l'unité et la psychologue actuellement en poste à « La Gandillonnerie ».

En fonction de cette analyse et de ses propres réflexions, des propositions thérapeutiques seront, si nécessaire, mises en œuvre pour chacun des patients concernés. Bien entendu, il gèrera le suivi psychologique des patients de l'unité, par la conduite d'entretiens individuels en fonction des besoins

Du fait du retentissement et des conséquences majeures sur la vie sociale (familiale, professionnelle, relationnelle, judiciaire...) de la dépendance à l'alcool, encore amplifiées par les troubles de la sphère cognitive et la possible « errance sociale » qui en découle, il nous apparaît indispensable de créer un poste supplémentaire d'assistante sociale.

Ses rôles seront vastes, allant de la régularisation de la situation sociale (papiers à jour, ressources, prise en charge, droits...) à la préparation de la sortie du centre (hébergement, projets diverses, en particulier de réinsertion).

Un effort particulier sera fait pour constituer une équipe de rééducation complète, complémentaire. Ainsi, nous jugeons nécessaire la présence d'un psychomotricien (rééducation psychomotricienne), de deux ergothérapeutes (mise en œuvre des actes de la vie quotidienne), deux orthophonistes (évaluation, traitement des déficiences et des troubles de la communication entre autres), 1 masseur kinésithérapeute et d'un éducateur sportif.

L'éducation psychomotrice vise à favoriser le développement de la sensorialité, du mouvement, de la prise de conscience de la personne elle-même, agissant en interaction avec les autres et avec l'environnement. Le psychomotricien peut ainsi aider le patient à exprimer ou à extérioriser sa souffrance.

Dans le cas de patients alcoolo-dépendants atteints de troubles cognitifs, compte-tenu de ce que nous venons de décrire, le psychomotricien aura donc un rôle très important.

Il aidera les patients à reprendre conscience de leur corps, de leurs mouvements et des implications de ceux-ci sur et avec l'environnement.

Grâce à toutes ces activités d'apprentissage et/ou de réapprentissage des interactions entre le patient et l'extérieur, une amorce de réintégration à la vie sociale commencera à être effective.

En complément et en collaboration avec les psychomotriciens, deux ergothérapeutes accompagneront les patients. Leur rôle sera plus pratique dans le sens où ils se chargeront de la mise en œuvre des actes de la vie quotidienne. Ils seront responsables de promouvoir l'amélioration des capacités d'action du patient dans sa vie domestique, sa vie sociale, sa vie professionnelle...

Le rôle de l'orthophoniste sera d'assurer la responsabilité de l'évaluation et du traitement des déficiences et des troubles de la communication humaine ainsi que des troubles associés :

- Troubles de la réalisation et de l'expression du langage oral
- Troubles de la réalisation et de l'expression du langage écrit
- Troubles de la communication non-verbale

Dans le cas des pathologies de la sphère cognitive, le patient a le plus souvent perdu ou altéré ses fonctions de compréhension, de raisonnement, de jugement et surtout de mémorisation. Il peut également avoir des difficultés dans l'expression du langage ou dans l'élocution.

L'objectif de cette profession est, entre autre, de rétablir les capacités fonctionnelles de communication d'un patient, ainsi que de concourir à leur développement ou à leur maintien.

D'une manière générale, l'apprentissage ou le réapprentissage de la lecture, de l'écriture, de la gestuelle, de l'utilisation des outils matériels actuels de communication, tant au niveau audio que vidéo ou informatique, tout cela fera partie du champ d'action des orthophonistes.

En parallèle avec les psychomotriciens, le masseur-kinésithérapeute aura pour tâche d'aider les patients à reprendre conscience de leur corps.

Sa présence et son expérience permettra le contrôle et la maîtrise de cette période de redécouverte où les patients, du fait de leur nouvel « enthousiasme », risquerait de faire des erreurs tant au niveau ostéo-articulaire, que musculaire ou cardio-respiratoire.

L'utilisation du massage, de la relaxation, de la physiothérapie, des techniques classiques de kinésithérapie voire de l'hydrothérapie, fera partie intégrante de l'arsenal thérapeutique à la disposition du masseur-kinésithérapeute.

En complément du masseur-kinésithérapeute et des psychomotriciens, un éducateur sportif participera à aider les patients à l'amélioration de leur qualité physique.

Par la pratique de sports adaptés, les patients pourront retrouver différentes sensations perdues, en particulier un bien-être physique. L'éducateur sportif aura également un rôle social : il devra mettre en avant les bénéfices et les contraintes de la pratique du sport. Il se devra de montrer aux patients que toutes ces règles sportives sont également à la base de toute vie en société.

Pour compléter cette équipe, il nous semble nécessaire d'associer la compétence d'un diététicien. Son rôle sera multiple. Il participera au réapprentissage des règles d'hygiène de vie, au niveau alimentaire, tant au niveau qualitatif que quantitatif. L'aspect « plaisir » de l'alimentation sera mis en valeur, parallèlement à la notion d'échange et de convivialité liées à la prise des repas. La rééducation sensorielle, sur le plan du goût et de l'odorat principalement, fera partie de sa mission. Ce travail pourra se faire en collaboration avec l'équipe actuelle du groupe chargé de l'atelier « approche sensorielle du goût ».

Outre ce personnel spécialisé, nous aurons à étoffer l'équipe soignante d'infirmières, aides-soignantes voire aides médico-psychologiques car cette population dépendante aura très certainement besoin de soins importants et d'une assistance dans leur vie quotidienne.

Ainsi, c'est une équipe d'environ une vingtaine de professionnels que nous souhaitons constituer afin de permettre à ces patients de retrouver la maîtrise de gestes si simples pour chacun d'entre nous mais qui leur permettra de retrouver une autonomie, voire une réintégration sociale légitime.

Mais pour accueillir de tels patients et de tels professionnels, il est nécessaire de réaliser une structure adaptée, qui réponde complètement aux besoins des patients.

III.2.4. Un projet architectural qui réponde aux besoins des patients

La création d'une telle unité, spécialisée dans l'accompagnement et le soin de patients alcoolo-dépendants atteints de troubles cognitifs, nécessite, en plus d'un personnel adapté et compétent, l'ouverture d'une structure, de locaux et d'équipements appropriés.

La difficulté du projet architectural est qu'il doit répondre à des contraintes thérapeutiques et économiques bien précises. En effet, il s'agit d'accueillir une population ayant des comportements différents des malades non atteints de troubles cognitifs. Il y a lieu de prendre en compte un certain nombre de critères en considération pour éviter tout dysfonctionnement par la suite tout en respectant les contraintes économiques du secteur.

Il nécessitera de nombreux repères pour permettre aux patients de retrouver leurs marques. Il va de soi que la sécurité des personnes devra être maximale et que le lieu devra avoir une dimension humaine.

D'autre part, au regard des valeurs du Conseil d'Administration et compte tenu du contexte actuel, le projet devra prendre en compte l'aspect développement durable tout en optimisant les aspects économiques.

Pour éviter la mise à l'écart de ces patients atteints de troubles cognitifs, voire l'appellation de maison de « fous » (effet de stigmatisation), nous avons rapidement souhaité que cette unité soit intégrée aux bâtiments existants.

Du point de vue technique, le projet se traduit par la construction d'une aile attenante au bâtiment principal⁴⁰, par la partie centrale, permettant un lien aisé entre la structure actuelle et la nouvelle. Cet accollement répond à l'impératif thérapeutique d'éviter toute mise à l'écart, toute exclusion de patients atteints de tels troubles (risque de « ghetto »). Les configurations du bâtiment actuel et du terrain (déclivité naturelle) permettent la construction d'une aile sur 4 étages sans défigurer l'environnement (quasiment invisible vu

⁴⁰ Cf. annexe 6, Projection de la nouvelle structure

de l'accès du Centre). Les deux étages supérieurs sont dédiés aux chambres individuelles (30), les deux inférieurs étant principalement dédiés aux bureaux des professionnels, et salles d'activités (activité physique, hydrothérapie, multimédia, ergothérapie, etc...) toutes répondant au besoin de solliciter, de rééduquer les différentes fonctions relatives à la sphère cognitive de l'individu.

La réalisation des chambres est également réfléchi et répond aux exigences nécessitées par ce type de troubles (choix des couleurs, choix du mobilier, contraintes se rapprochant de celles rencontrées dans les établissements « Alzheimer »...).

L'objectif de cette unité est de pouvoir suivre le patient de manière individualisée, donc d'avoir suffisamment de temps pour chacun des thérapeutes pour s'en occuper.

D'autre part, nous souhaitons proposer un large panel d' « outils thérapeutiques » à chaque personne afin de l'aider au mieux dans la récupération de leurs facultés cognitives.

Le nombre de 30 lits nous a semblé le meilleur compromis tout en respectant un ratio ETP / nombre de patients de l'ordre de celui actuel du centre qui est d'environ 55%. Ce taux sera plus proche de 60% avec un nombre suffisant d'aides soignants (AS) ou d'aides médico-psychologiques (AMP) pour tenir compte de la nécessité d'accompagner dans leur quotidien ces personnes.

Avec la création de cette unité juxtaposée à l'établissement actuel, il est indispensable de revoir la situation de l'infirmier. Celle-ci déjà trop petite pour l'activité actuelle aura l'inconvénient d'être éloignée de la nouvelle unité. L'idée est donc de la déplacer. Un groupe de travail a commencé à travailler sur la création d'une nouvelle infirmerie centrale, commune à l'ensemble des unités, permettant de gérer les allées et venues des patients et faciliter la surveillance de nuit.

L'augmentation du nombre de patients demande à revoir l'agencement du restaurant. Bien qu'ayant une capacité d'accueil suffisante, nous allons « profiter » de cette opportunité pour créer une salle de restauration dédiée au personnel qui jusqu'à présent mange dans la même salle que les usagers et qui en exprime depuis longtemps le besoin.

La création de ce nouveau bâtiment génère aussi des contraintes en termes de ménage et de lingerie. Les patients ayant des troubles des fonctions cognitives auront très certainement des difficultés à assumer une mission logistique et nous ne pourrons pas compter sur leur présence pour étoffer les équipes actuelles (atelier ménage et atelier lingerie). J'ai prévu de constituer des groupes de travail afin de réfléchir à de nouvelles organisations de fonctionnement, d'étudier la nécessité d'agrandissement de la lingerie actuelle, la mise en sous-traitance d'une partie de ses activités, etc....

Mais pour faire fonctionner une équipe, pour réaliser une telle structure, il faut des financements.

III.2.5. Les aspects financiers

Il est indispensable pour un directeur d'appréhender également les aspects financiers. Deux volets sont à prendre en compte, celui du financement des investissements pour la réalisation d'une telle unité qui se traduit par un plan financier, et celui du financement de l'exploitation propre à l'activité se traduisant par un budget prévisionnel, un Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) propre au secteur sanitaire.

III.2.5.1. Plan de Financement

L'étude de faisabilité menée en partenariat avec un cabinet d'architectes nous a permis d'estimer le besoin en financement d'une telle création. Il se répartit globalement en deux postes, celui des bâtiments pour un montant de 1,5 millions d'euros et celui du mobilier, très spécifique, pour un montant de 0,5 millions d'euros.

Afin de porter financièrement le projet par des emprunts, j'ai souhaité rencontrer un certain nombre d'établissements bancaires, étant donné l'accueil très favorable qui a été fait, j'ai pour objectif de créer un pool de financements afin de minimiser les risques.

Cela ne nous empêchera pas d'essayer de bénéficier de subventions régionales, départementales, nationales, voire européennes ou d'emprunts à taux préférentiels, ce qui aura pour effet soit de baisser le taux d'endettement dans le cas des subventions, soit de diminuer les charges d'intérêts dans le dernier cas de figure.

Pour optimiser l'impact sur le budget d'exploitation, les simulations d'emprunt ont porté sur une durée d'emprunt de 20 ans pour les bâtiments et 10 ans pour le mobilier. Je pense également nécessaire une phase de différé en capital en fonction de la durée des travaux et du délai nécessaire à atteindre un taux d'occupation identique à l'actuel qui est de 95% minimum.

III.2.5.2. Budget Prévisionnel ou EPRD

Ce budget sera intégré au budget global de l'établissement. Pour faire une estimation la plus vraisemblable possible, les équilibres budgétaires de cette activité ont été calculés par comparaison aux équilibres budgétaires de l'établissement actuel.

Ainsi au titre I de l'EPRD et concernant la masse salariale (environ 72% des charges), les dépenses ont été simulées en tenant compte du point salarial 2007 et du recrutement nécessaire. Au titre II, les besoins en dépenses médicales sont tout à fait comparables à celles du Centre à l'heure actuelle. Au titre III, les dépenses hôtelières sont estimées également au regard du budget actuel ; les charges financières sont calculées à partir des intérêts d'emprunt (maximum en début de période et selon un mode linéaire) correspondant

au plan de financement présenté ci-avant, et les amortissements (en moyenne) sont évalués en prenant les hypothèses suivantes : pour l'immobilier, amortissement sur 30 ans, pour le mobilier sur 10 ans.

Concernant les produits, les hypothèses sont également estimées à partir des données actuelles tout autant comparables. En attendant la mise en place de la nouvelle Tarification À l'Activité (T2A) prévue avant 2012, les hypothèses présentées concernant le titre I des recettes découlent d'un financement par l'Assurance maladie du type Dotation Annuelle de Financement (DAF) sur les mêmes ratios qu'actuellement soit environ 80 à 85% des sources de financement, le reste, au titre II, par les autres produits de l'activité hospitalière (Forfait Journalier, Ticket Modérateur). Etant donné la spécificité de la maladie et la dépendance des patients, les recettes hôtelières, titre III, sont réduites à leur plus simple expression.

Le budget estimé est alors le suivant :

Charges		Produits	
Titre I : Charges de personnel	920 000	Titre I : Produits versés par l'Assurance Maladie	1 241 000
Titre II : Charges à caractère médical	20 000	Titre II : Autres produits de l'activité hospitalière	176 000
Titre III : Charges à caractère hôtelier et général	190 000	Titre III : Autres produits	10 000
Titre IV : Charges DAP, financières et exceptionnelles	297 000		
Total	1 427 000	Total	1 427 000

III.2.6. Le parcours administratif

Du point de vue responsabilité, le projet est porté par le Conseil d'Administration (CA) de l'association gestionnaire de l'établissement. Afin de mener l'étude de faisabilité, j'ai mis en place une équipe projet constituée du Président du CA, du Directeur de l'établissement, de l'Adjoint de Direction, du Médecin Chef, créateur du concept thérapeutique « La Gandillonnerie » et du présent projet « Troubles Cognitifs », du Médecin en charge des études des tests dans le domaine cognitif et de l'Infirmier Chef responsable du service Soins.

Cette équipe a constitué le dossier projet (aspect thérapeutique, architectural et financier) qui est présenté aux autorités et aux politiques rencontrés. La gestion du projet proprement dite est assurée par le Président du CA, le Directeur et le Médecin Chef de l'établissement.

Réadapter la prise en charge existante demande la mise en place d'un plan d'actions réfléchi. En effet, l'offre de soins est définie au niveau régional dans les SROS (Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire) sous la responsabilité des ARH. C'est donc cette autorité qui autorisera ou non l'ouverture de lits d'un établissement sanitaire.

Dans le cas présent, il s'agit d'une prise en charge innovante donc non inscrite au SROS actuel de la région.

Ainsi, et pour tenir compte du type de structure de l'établissement, SSR, et de son importance en taille (30 lits) je mets en place deux types d'actions, l'un en direction des Autorités Sanitaires et l'autre en direction des Acteurs Politiques locaux et nationaux. D'autre part, j'ai choisi de mettre en avant l'aspect thérapeutique, laissant en second plan l'aspect financier, et donc d'inviter le Médecin Chef à chacun des entretiens afin qu'il soit le porte parole du projet. L'objectif est de faire prendre conscience du besoin de prise en charge (la demande étant difficile à faire exprimer au vu de la pathologie) et non pas de mettre en avant l'aspect financier, relatif à l'offre. Cet aspect sera abordé plus tard, en temps opportun.

Ainsi, ces actions seront menées auprès des Autorités de Contrôle et de Tarification, (ARH, DDASS), de l'Assurance Maladie (CRAM, Caisse Régionale d'Assurance Maladie) et de la Préfecture. Notre propos portera plus particulièrement sur les lacunes du système sanitaire actuel, sur le besoin et sur l'opportunité de notre projet d'amélioration de l'offre de soins.

Certaines de ces actions récemment menées, comme le dépôt d'un dossier de demande de financement dans le cadre du Plan Hôpital 2012, destiné à rénover l'action sanitaire, ont déjà eu pour résultat de faire mentionner ce projet lors d'une conférence sanitaire territoriale qui a en charge l'analyse du besoin et qui réunit les présidents et directeurs d'établissements sanitaires, des représentants des professions libérales de santé, des représentants des autorités de contrôle et de tarification, des élus, etc....

Une opportunité à saisir est la mise à jour du SROS III (3^{ème} génération, 2006-2011). En effet, depuis la sortie des décrets SSR en avril 2008, les ARH ont pour mission de rénover le schéma régional des Soins de Suite et de Réadaptation. Pour mener à bien cette tâche, l'agence régionale de Poitou-Charentes rencontre sur le dernier trimestre 2008 l'ensemble des établissements concernés pour faire le point sur leurs activités et rassembler les projets à venir sur les 5 prochaines années. Il est important de faire inscrire le projet dès à présent, la prise en compte des troubles cognitifs dans le SROS étant un préalable impératif avant tout dépôt de demande d'autorisation.

L'autre type d'actions concerne l'axe politique. Ma stratégie dans ce domaine est de sensibiliser les responsables politiques de l'intérêt d'une telle amélioration et de faciliter ainsi l'aboutissement du projet de l'établissement. Ainsi, avec la participation très active du

Président de l'association La Gandillonnerie, et toujours en présence du Médecin Chef, nous avons rencontré les différents élus tels que le Président de la Communauté de Communes, le Président du Conseil Général, et tout récemment l'ancien Premier Ministre, sénateur de la Vienne. Face à ces acteurs, le discours porte également sur l'amélioration de l'offre de soins, mais aussi sur la resocialisation et la réinsertion de patients considérés encore aujourd'hui comme à charge de la société, ou sur des aspects économiques puisqu'un tel projet peut être une opportunité en matière d'emploi dans un bassin de vie fortement touché par les restructurations (fermeture des Postes, des tribunaux locaux...). L'aspect réinsertion est à ne pas négliger car il répond au vœu des politiques publiques de renforcer ce volet dans les SSR, selon les décrets mentionnés ci-dessus.

Mais ces démarches ne nous dispensent pas du parcours obligatoire prévu par le Code de la Santé Publique pour la demande d'autorisation d'ouverture de lits, c'est-à-dire passage en Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) avec présentation d'un dossier complet, relatif aux aspects économiques et financiers, humains, sociaux sans oublier les aspects évaluation et développement durable.

III.3. Evaluer le nouveau dispositif

L'évaluation de toute action, quelle soit sanitaire, sociale ou médico-sociale est indispensable. Que ce soit pour garantir au patient et plus largement à l'usager une prestation de qualité lui assurant une prise en charge répondant à ses besoins, ou garantir la pertinence de l'utilisation des fonds publics et de l'activité relativement aux schémas qu'ils soient régionaux, départementaux ou nationaux, tout directeur se doit d'inclure cet axe dans la conduite du changement et son management. Dans le secteur sanitaire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a eu pour mission d'élaborer un tel système d'évaluation permettant de garantir une prise en charge de qualité. Pour se faire, une procédure d'évaluation externe (certification) a été réalisée pour l'ensemble des établissements, publics et privés, de ce secteur. Cependant, au vu de la spécificité de l'activité de La Gandillonnerie certains items de l'évaluation ne sont pas faciles à mettre en œuvre.

III.3.1. L'évaluation HAS

L'HAS est chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie ; d'améliorer la qualité des soins dans les

établissements de santé et en médecine de ville ; de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée.

En ce qui concerne les établissements sanitaires, la procédure de certification s'appuie sur un référentiel élaboré également par cet organisme. Elle a pour objectifs d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient, de promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration, et de renforcer la confiance du public par la communication des résultats. L'évaluation porte sur l'appréciation de l'organisation, des procédures et des résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. Les établissements doivent dérouler le processus de certification tous les 4 ans en respectant le principe d'amélioration continue de la qualité.

En ce qui concerne La Gandillonnerie⁴¹, qui vient de démarrer la certification « V2007 », au-delà des aspects organisationnels qui seront communs à l'ensemble de l'établissement, l'évaluation devra porter sur les missions de l'unité, sur l'évolution du patient, sur la capacité à faire évoluer l'état du patient vers une autonomie plus importante et une capacité à intégrer un parcours classique de thérapie. Cette évaluation s'appuiera sur des tests neuropsychologiques, sur des questionnaires intermédiaires et de sortie.

Le suivi après le passage de l'unité « Troubles Cognitifs » au sein de l'activité traditionnelle permettra sans doute de mettre en place des outils d'évaluation pertinents.

D'un autre ordre, et déjà présenté en deuxième partie, nous généraliserons l'outil RECAP, qui est une application directe de l'outil européen destiné à collecter un certain nombre de statistiques dans le domaine sanitaire et concernant entre autres les origines géographiques, médicales, sociales, économiques, etc...des patients accueillis. Cet outil permettra de mieux connaître et de mieux cerner la population reçue, de comparer l'activité aux autres établissements SSR Alcoologie et donc de remettre en question le savoir faire et les orientations choisies s'il y a lieu.

III.3.2. Les difficultés de l'évaluation

La satisfaction du patient devra être également interrogée, de manière récurrente, par l'intermédiaire de questionnaires à des périodes bien définies (à 3 mois, 6 mois, à 1 an, etc...). Nous devons prendre en compte aussi la satisfaction des familles, médecins traitants, services d'alcoologie voire les acteurs du domaine médico-social et social.

Mais ce n'est pas chose aisée dans notre domaine. En effet autant le suivi médical en interne est assez facile, suivi psychologique, médical, à l'aide des tests dont on a parlé précédemment, autant le suivi une fois le patient parti est une véritable gageure ! En effet, entre les patients qui souffrent de ce regard porté sur cette maladie « honteuse » et ne

⁴¹ La Gandillonnerie a obtenu l'accréditation de l'HAS (V1) en novembre 2006

souhaitent plus ré aborder ce sujet, ceux qui ne donnent pas leur nouvelle adresse (au bout de 3 mois, un certain nombre d'entre eux déménagent, changent de région...), ceux qui devront refaire un séjour en postcure, il est bien difficile de déterminer des indicateurs pour évaluer le « succès » thérapeutique ! La première question que l'on doit se poser concerne l'établissement de critères de réussite ou d'échec. Mais rien que cet aspect génère la polémique au sein des professionnels du secteur de l'alcoologie.

Régulièrement, des collègues d'experts se réunissent pour déterminer des indicateurs pertinents. Mais, ne serait-ce que pour les patients qui retournent en postcure au bout d'un certain nombre de semaines, de mois, d'années, est-il aisé de conclure à l'échec ? Dans bien des cas, ne s'agit-il pas plutôt de réussite si la personne a fini par prendre conscience de la nécessité de l'abstinence ?

Nous essayons d'obtenir des informations sur l'état de santé de nos patients. Mais recevoir un courrier à l'entête du Centre avec le libellé « SSR Alcoologie » rend très mal à l'aise un certain nombre d'entre eux !

Pour évaluer notre action, nous avons déjà essayé de questionner les patients par le biais de l'AFPA, notre partenaire au niveau de la formation des patients sur le 3^{ème} mois de séjour. Le résultat est qu'en 8 ans, sur 1050 courriers envoyés, seuls 25% des questionnaires ont été retournés. Que penser du résultat avec l'entête de la Gandillonnerie !

Pourtant nous nous devons de mesurer l'efficience et la qualité de notre système de prise en charge de la maladie. Pour cela, le travail en réseau (FNESAA...) est indispensable pour arriver à un consensus acceptable pour l'ensemble du secteur médical.

III.4. Calendrier général du projet

Ledit projet a démarré en août 2007. En parallèle du mémoire j'ai engagé un certain nombre d'actions qui se sont déroulées jusqu'à présent.

Je citerai les actions principales suivantes :

- Réunion de l'équipe projet le 3 août 2007
- Rencontre avec M. le Sous-préfet de Montmorillon le 16 août 2007
- Rencontre avec les banquiers le 21 août 2007
- Présentation au CA le 6 septembre 2007
- Rencontre avec conseiller juridique et le Président de la Communauté de Communes le 11 septembre 2007
- Rencontre avec la DDASS : le 18 septembre 2007
- Réunion de l'équipe projet le 12 octobre 2007
- Rencontre avec des professionnels d'un établissement « Korsakoff » aux Pays-Bas le 26 et 27 novembre 2007

- Rencontre avec le président du Conseil Général le 20 novembre 2007
- Rencontre avec le Sénateur de la Vienne, ancien 1er ministre M. Raffarin, le 21 janvier 2008
- Rencontre avec la Directrice de l'ARH le 27 mars 2008

Mise au Plan Hôpital 2012

- Document envoyé à l'ARH et à la DDASS le 30 août 2007

Après une période d'accalmie de quelques mois, les actions qui vont être prochainement entreprises vont concerner des rencontres avec les hommes politiques tels que le nouveau Président du Conseil Général, une nouvelle rencontre avec le Sénateur de la Vienne, mais aussi avec les Autorités de Contrôle et de Tarification en vue de l'évolution du SROS III, avec les acteurs mettant en œuvre le nouveau Schéma Régional d'Addictologie ainsi que notre prochaine participation aux nouvelles Commissions Régionales d'Addictologie qui doivent être mises en place dans chacune des régions.

Viendra ensuite la constitution du dossier pour un passage en CROSS et une fois les autorisations acquises, nous estimons à 2,5 ans la durée nécessaire jusqu'à l'ouverture de la nouvelle activité.

Conclusion

L'analyse in situ sur quelques années des patients accueillis et la similitude des résultats avec l'étude INSERM⁴² d'une part, la reconnaissance par la prise en compte de la pathologie au plan national au travers de décrets et de circulaires d'autre part, montrent la pertinence de la mise en place de moyens adéquats pour la prise en charge de la maladie alcoolique accompagnée de troubles cognitifs plus ou moins sévères. De plus en plus d'établissements dans ce secteur d'activité sont intéressés par cette opportunité autant pour des raisons thérapeutiques qu'économiques. Nous l'avons constaté lors du lancement de ce projet, nous avons été contactés par d'autres structures très intéressées et cela nous a obligés à une certaine retenue en termes de communication. Nous pensons en effet que l'ouverture de lits dédiés à cette pathologie sera tout de même limitée sur le plan national, certainement à raison d'un établissement de ce type par région. Cependant cette notoriété nouvellement acquise provoque des envies de partager, et notre souci d'intégrer l'ensemble du personnel à cette dynamique doit être compensé par une vigilance quant à la qualité et la quantité des informations transmises ou à transmettre.

Par ailleurs, de plus en plus de services en neuropsychiatrie ou même en gériatrie sont intéressés par cette nouvelle prestation et nous disent avoir un certain nombre de patients en attente. Au delà de l'aspect économique, notre concept est une réponse qui fait défaut à l'heure actuelle et qui permettrait à un certain nombre de professionnels de ne pas se retrouver en situation d'échec face à des malades dont la pathologie requiert des soins très spécifiques.

Ensuite, ce projet, complètement initié à partir de considérations thérapeutiques, a des conséquences non négligeables sur l'aspect économique local. En effet, le Pays Civrasiens, essentiellement rural, souffre de la fermeture de services publics : tribunal, Postes, etc... et l'ouverture d'une vingtaine d'emplois constitue une opportunité que le politique ne peut négliger. L'aspect réinsertion potentielle dans le monde du travail de personnes considérées jusqu'alors comme inadaptées est un autre argument de poids.

Ainsi, ce projet est à la fois innovant dans le domaine de l'action sanitaire et sociale en présentant une réponse à une pathologie non traitée à ce jour et une opportunité dans le paysage régional au niveau du schéma de son organisation sanitaire et dans le paysage local voire national en termes économiques.

A l'heure où les Agences Régionales d'Hospitalisation sont amenées à devenir Agences Régionales de Santé, regroupant le domaine sanitaire et médico-social, notre action est

⁴² Rapport de l'INSERM 2001, op. cit. page 27

d'autant plus pertinente qu'elle permet de créer un pont entre ces deux domaines, d'une part en soignant des malades atteints de troubles jusqu'à présent non pris en charge et d'autre part en resocialisant voire en réintégrant dans la société ces patients par une prise en charge plus complète.

Bibliographie

- DUPONT J., 2008, « *Spécial Vins* », *Le Point*, n°1878, pp. 140-157
- WILLEMS K., WESTER A., 2004, « *L'expérience des « cliniques Korsakoff » aux Pays-Bas : l'exemple de Venray* », *Alcoologie et Addictologie*, tome 26, n°2, p. 171
- BARRUCAND D., 1988, *Alcoologie*, 4^{ème} édition, Clermont-Ferrand : Riom Laboratoires - CERM, 439 p.
- BATIFOULIER F., NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et de gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 247 p.
- CHABALIER H., 2004, *Le dernier pour la route*, 1^{ère} édition, Saint-Amand-Montrond : Robert Laffont, 299 p.
- CHENU C., 2001, *Alcool, Effets sur la santé*, Rapport INSERM, Paris : INSERM
- FOUQUET P., 1993, *Lettres aux alcooliques*, Clermont-Ferrand : Riom Laboratoires - CERM, 96 p.
- KIRITZE-TOPOR P., BENARD J.-Y., *Le malade alcoolique*, 1^{ère} édition, Paris : Masson, 232 p.
- LEFEVRE P., 2005, *Guide de la fonction de directeur d'établissement*, 2^{ème} édition, Saint-Just-La-Pendue : Dunod, 405 p.
- REYNAUD M., PARQUET P.-J., 1999, *Les personnes en difficulté avec l'alcool*, 1^{ère} édition, Vanves : CFES, 293 p.
- IRAZUSTA R., 2006, « *Organiser une offre de soin adaptée à l'usager alcoolique dans un dispositif généralisé évoluant vers l'addictologie* », CAFDES : ENSP Rennes, 89 p.
- PINTON F., 2006, « *Alcoologie et Troubles Cognitifs* », Etude interne La Gandillonnerie 86350 Payroux
- ANAES, SFA, *Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*, Texte court, 17 mars 1999, Maison de la Chimie – Paris, Paris : ANAES, 1999, 16 p.
- ANAES, SFA, *Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage*, Texte court, 7 et 8 mars 2001, Maison de la Chimie – Paris, Paris : ANAES, 1999, 16 p.
- ANAES, SFA, *Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage*, Texte des recommandations, 7 et 8 mars 2001, Maison de la Chimie – Paris, Paris : ANAES, 1999, 16 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de
- Jean-Eric HAIM - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2008

fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel, n°0094 du 20 avril 2008. Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel, n°0094 du 20 avril 2008. Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000018664450&dateTexte=&oldAction=rechJO>

Sites Internet :

www.sante.gouv.fr

www.drogues.gouv.fr

www.ofdt.fr/BDD_len/seristat

www.1001cocktails.com/alcool/statsfrance.html

<http://blog.permisecole.com/?Statistiques-accidents-avec-alcool>

http://www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/b8781656_Alcool-statistiques.pdf

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dce.pdf>

http://www.invs.sante.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf

<http://www.etatsgenerauxalcool.fr/le-poids-economique-de-lalcool/post-5.php>

<http://dictionnaire.mediadico.com/traduction/dictionnaire.asp/definition/alcool/2007>

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/alcool/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Thèmes des réunions d'information

Annexe 2 : Tests neuropsychologiques

Annexe 3 : Proposition de modèle thérapeutique pour l'annexe 6 du projet de circulaire addictologie

Annexe 4 : Extrait annexe 6 validé en CNA du 22/01/08

Annexe 5: Projection de la nouvelle structure

Annexe 1

Thèmes des réunions d'information

Les thèmes exposés sont les suivants (il est important de noter que certains sont apparus alors que d'autres ont disparu...).

- ☞ GENERALITES (qu'est-ce que l'alcool ?)
- ☞ HISTORIQUE (l'homme et l'alcool)
- ☞ CONSOMMATION AIGUE (effets, ivresses communes, ivresses pathologiques...)
- ☞ CONSOMMATION CHRONIQUE (prévention, dépistage clinique et biologique...)
- ☞ L'ALCOOL CHEZ LES JEUNES
- ☞ L'ALCOOL FEMININ / ALCOOL ET GROSSESSE
- ☞ LES CONSEQUENCES PHYSIQUES GENERALES
- ☞ LA SEXUALITE (conséquences...)
- ☞ LES CONSEQUENCES NEURO-PSYCHIATRIQUES
- ☞ L'ALCOOLODEPENDANCE
- ☞ LES TRAITEMENTS / SEVRAGE ET ABSTINENCE
- ☞ LE TABAC
- ☞ LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
- ☞ LA DIETETIQUE
- ☞ LE SPORT
- ☞ LE SUIVI ET LES A PRIORI

Annexe 2

Tests neuropsychologiques

Ce sont des séries de petits exercices qui cherchent à évaluer les fonctions cognitives de la personne : langage, gestes, reconnaissance des perceptions sensibles et sensorielles, attention et mémoire, raisonnement, jugement et compréhension, orientation dans l'espace ou dans le temps ;

Au-delà de l'aspect aide au diagnostic, ils permettent un suivi des patients et de quantifier leur évolution (amélioration, stagnation, régression).

Les tests que nous évaluons sont :

DEDA : questionnaire de diagnostic et d'évaluation du vécu dépressif et anxieux

MMS : Mini Mental State de Folstein. Approche globale, rapide et très utilisé sur le plan international. Est une référence dans les supports de publication.

Test de Grober et Buschke : permet d'explorer les troubles de la mémoire par atteintes frontales.

BREF de Dubois et Pillon : Batterie Rapide d'Evaluation Frontale. Ce test explore plus largement les atteintes des lobes frontaux.

TMT : Trail Making Test. Cette épreuve permet d'évaluer l'attention du sujet et sa distractibilité, l'exploration visuelle, la flexibilité mentale et la fonction motrice.

Test de Stroop : test d'attention et concentration.

WCST : Wisconsin Card Sorting Test. Ce test explore les fonctions exécutives, l'élaboration et le maintien, dans des conditions changeantes.

Annexe 3

Proposition de modèle thérapeutique pour l'annexe 6 du projet de circulaire addictologie

Type 2. Les soins de suite et de réadaptation alcoolique - addictologique à visée cognitive :

Pour ce qui concerne les patients présentant des troubles des fonctions cognitives, un temps de séjour entre la prise en charge aiguë et le S.S.R.A.A. proprement dit s'avèrera le plus souvent obligatoire.

En effet, ces patients, du fait même de leurs troubles cognitifs, n'ont pas les capacités pour profiter pleinement des soins addictologiques « classiques ».

Par conséquent, ce temps intermédiaire indispensable devra s'effectuer dans des structures SSR dédiées qui offriront des temps d'évaluation et de bilan, d'accompagnement spécifique, de réhabilitation, utilisant des programmes de récupération cognitive et bien sûr une abstinence, permettant une amélioration progressive de l'état de ces patients.

Ultérieurement, ils pourront rentrer dans un programme et une structure de soins addictologiques.

L'idéal serait d'avoir sur un même site le S.S.R.A.A. à visée de récupération cognitive et le S.S.R.A.A. « classique » afin de pouvoir effectuer une transition progressive, plus facile et moins anxiogène pour le patient.

Indications :

Comme mis en évidence dans quelques études, les patients souffrant de troubles cognitifs sont très nombreux. Les degrés d'atteintes de ces patients sont extrêmement variables, allant du trouble cognitif léger au véritable Syndrome de Korsakov.

Les établissements ou services spécialisés dans la récupération cognitive se devront d'accueillir l'ensemble de ces pathologies, avec un réel programme adapté. Dans ces conditions, l'évolution sera favorable pour ces patients même si elle risque d'être lente et très progressive.

Les indications sont :

- troubles de la mémoire isolés et invalidants ;
- autres troubles cognitifs isolés ou associées (ex : jugement, orientation, compréhension, exécution...) ;
- des syndromes de KORSAKOV, GAYET-WERNICKE avec pronostic d'amélioration toujours longue et lente ;
- démence alcoolique ;
- autres troubles des fonctions supérieures : symptômes psycho organiques, symptômes d'avolition et « déficits » intellectuels.

De plus, du fait de l'association fréquente de ces pathologies à d'autres troubles neurologiques, ceux-ci devront être spécifiquement pris en charge (ex : syndrome cérébelleux, polynévrite des membres inférieurs, troubles de l'équilibre...).

Place dans la filière de soins addictologiques hospitalière :

Les SSRAA à orientation cognitive de type 2 sont des structures d'addictologie hospitalière de niveau 2.

→ Avant l'entrée : Ces patients seront pris en charge par une unité MCO (alcoologie, médecine, neurologie, hépatologie...) ou un service de psychiatrie qui auront réalisé un sevrage, un bilan général et amorcé un traitement si cela s'est avéré nécessaire. Un premier bilan centré sur la sphère cognitive devra avoir été réalisé.

Il semble important de noter qu'actuellement, faute de structure d'aval spécialisée, ces patients peuvent séjourner un temps souvent excessif dans ces services. Du fait de leurs troubles cognitifs, ils sont parfois orientés vers des services de gériatrie voire des EHPAD malgré leur jeune âge et les différences importantes entre ces patients et ceux habituellement accueillis dans ces structures (personnes très âgées présentant des démences dégénératives ou vasculaires pour l'essentiel). A d'autres reprises, ils sont dirigés vers des SSRAA, où, comme nous l'avons décrit dans les paragraphes précédents, ils n'ont pas les capacités cognitives pour profiter des thérapies proposées.

→ A l'issue du séjour : Ces patients auront soit déjà intégré progressivement des soins addictologiques « classiques », soit ils seront maintenant à même de débiter ces soins dans une structure SSR en alcoologie-addictologie de type 1.

Pour ceux chez qui cette possibilité de soins ne sera pas envisageable du fait d'une récupération insuffisante, le séjour aura dû permettre de préparer d'autres éventualités pour l'après, tant au niveau thérapeutique que social. Selon l'âge du patient, son état tant physique que psychique, son degré d'autonomie, ses désirs... pourront lui être proposé diverses solutions : retour à domicile dans des conditions d'accompagnement particulières et bien sûr préparées, transfert dans un lieu de vie spécialisé, dans un EHPAD (avec dérogation), dans une Maison d'Accueil Spécialisée, dans une famille d'accueil...

Modalités de prise en charge :

Bien entendu, les patients seront tous sevrés.

La durée du séjour sera uniquement fonction du degré de récupération cognitive des patients. La décision de fin du séjour sera donc prise lorsqu'il n'y aura plus

d'amélioration significative de l'état du patient. Dans tous les cas, un minimum de trois à six mois paraît nécessaire pour réellement mettre en route un programme de soins et pour réaliser une évaluation cohérente de l'évolution du patient. A l'opposé, une durée maximum de douze mois devrait être suffisante.

Le programme thérapeutique se devra d'être le plus complet possible. La récupération ne s'effectuera que si la sphère cognitive est stimulée de manière intensive et cohérente. Les bâtiments adaptés, le personnel compétent et en nombre suffisant, l'organisation fonctionnelle participeront également à cette rééducation cognitive.

Dans un premier temps et à plusieurs reprises durant le séjour, seront réalisés des tests d'évaluation cognitive afin de suivre au plus près l'évolution des patients et d'adapter ainsi les soins. Des conventions avec les consultations mémoire seront établies.

Les soins seront pluri-quotidiens et devront accompagner le patient dans toutes ses composantes, psychiques, physiques et sociales, dans un but de récupération d'une autonomie.

Des ateliers de ré-apprentissage des actes de la vie quotidienne seront sous la responsabilité d'ergothérapeutes.

Des séances de « rééducation » cognitive avec stimulation neuropsychologique seront effectuées par des psychologues, des orthophonistes.

Le corps ne sera pas oublié puisque seront proposées des séances de kinésithérapie, de psychomotricité. La balnéothérapie devra pouvoir être utilisée. Des soins de socio-esthétique seront également disponibles.

Un accompagnement social sera indispensable dans le cadre de la préparation à la sortie.

Un suivi régulier, tant médical que psychologique, fera partie intégrante des soins.

Une introduction progressive aux soins addictologiques pourra être effectuée.

En conclusion, les soins de suite et de réadaptation alcoolique et addictologique à visée de récupération cognitive viennent en complément et en soutien des SSRAA « classiques » et des autres dispositifs du système de soins addictologiques français.

Ils permettront une réelle prise en charge adaptée et cohérente de patients jusque là en marge des propositions de soins.

Financement : DAF arrêtée par les ARH , ou tarif de prestation

FHJ (à 16 € pour 2007) et ticket modérateur

ultérieurement T2A SSR si création d'un nouveau GHJ du PMSI SSR.

Annexe 4

Extrait annexe 6 validé en CNA du 22/01/08

ANNEXE 6

STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION PRENANT EN CHARGE LES AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

Les services de Soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.

Les SSR sont une des composantes des structures addictologiques de recours, de niveau 2, éventuellement 3. Ils accueillent en hospitalisation des patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes.

Le champ de compétence des SSR s'étend aux conduites addictives aux substances psychoactives associées ou non à d'autres addictions comportementales.

2. Missions

La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

Les SSR assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, ils peuvent être plus particulièrement orientés vers la prise en charge des complications somatiques; des troubles psychologiques ou psychiatriques; des troubles neurologiques et cognitifs; ainsi que vers la réadaptation sociale.

3. Les modalités de prise en charge des structures de soins de suite et de réadaptation en addictologie

Les SSR offrent un accueil en hospitalisation complète ou de jour.

Les étapes clés de la prise en charge sont :

- à l'admission : effectuer un bilan médico-psycho-social, rédiger un projet thérapeutique personnalisé, assurer sa mise en oeuvre pour la restauration de la personne sur les plans clinique, biologique, psychologique et social ;
- effectuer sa réévaluation périodique ;
- préparer la phase de retour dans le milieu de vie, en collaboration avec le patient et sa famille, les intervenants du dispositif spécialisé en addictologie, et les professionnels libéraux.

4. Place dans la filière addictologique hospitalière

Les SSR sont un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques, après le retour dans le lieu de vie.

Pour justifier une orientation en SSR, le patient doit être volontaire et motivé pour : faire le point sur son comportement addictif ; accepter ce travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne sur les plans biologique, psychologique et social ; adhérer aux objectifs thérapeutiques et aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi ; adhérer au contrat thérapeutique proposé par la structure, et coopérer aux soins.

L'articulation des SSR avec l'ensemble des structures de la filière hospitalière de soins addictologiques est organisée.

- **Mode d'entrée des patients**

- Les SSR assurent la prise en charge des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 pour un sevrage ou des soins résidentiels complexes, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale, soit par un accès direct du domicile à la demande du médecin traitant.
- L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical comportant des données médico-psycho-sociales et des co-morbidités éventuelles associées à l'addiction.

- **Mode de prise en charge**

- La durée de la prise en charge varie de 5 semaines à 3 mois avec une évaluation régulière de l'évolution du patient. Des autorisations thérapeutiques de sortie pendant le séjour sont favorisées pour mettre à l'épreuve la prise d'autonomie. Les pratiques thérapeutiques et de réadaptation sont dispensées de façon individuelle ou collective : psychothérapie, ergothérapie, diététique, psychomotricité, kinésithérapie, éducation thérapeutique, activité physique adaptée...

- Une prise en charge particulière est effectuée pour des patients présentant au premier plan des troubles des fonctions cognitives et qui n'ont plus les capacités pour bénéficier pleinement des soins de suite et de réadaptation addictologique classiques. Un séjour préalable dans les SSR d'addictologie dédiés à la récupération cognitive avec un programme thérapeutique spécialement adapté s'avère indispensable. Ce séjour permet une amélioration progressive de l'état de ces patients qui peuvent ultérieurement, rentrer dans un programme de SSR classique.
- Mode de sortie

La préparation de la sortie finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge en addictologie, les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le réseau de santé en addictologie, le patient et son entourage.

5. Implantation géographique :

La répartition géographique des soins de suite et de réadaptation doit répondre aux besoins de chaque région et des projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire.

Le recrutement s'adresse d'abord aux patients de la région. L'admission de patients hors région est indiquée dans les cas suivants :

- parce que le SSR propose un programme thérapeutique spécifique répondant aux besoins du patient ;
- parce que des séjours répétés dans les établissements d'une même région ne suscitent plus d'effets ;
- parce que l'éloignement géographique est parfois thérapeutique.

6. Moyens de fonctionnement :

- Dimensionnement.

Une structure de SSR doit disposer au minimum de 15 à 20 lits et un maximum de 60 lits à 70 lits. Au delà de cette capacité, il est indiqué, pour des raisons fonctionnelles, d'organiser le SSR en plusieurs unités.

- Le personnel médical et non médical
- La prise en charge médicale devra être assurée au minimum par un ou des médecins, disposant d'une compétence en addictologie.
La continuité médicale des soins est assurée soit par une astreinte, soit éventuellement par convention avec une garde externe.
- Une présence infirmière est assurée 24H sur 24.

- La prise en charge médico-technique est assurée par la présence de psychologue, diététicien(ne), et personnel éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, animateur socioculturel, aide médico-psychologique...).
- En fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : ergothérapeute, éducateur technique, moniteur d'atelier, éducateur sportif, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées,...

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à l'addictologie.

Le recours à des avis spécialisés, en particulier en psychiatrie doit être prévu.

- locaux et équipements

Les SSR doivent disposer de locaux et d'un plateau technique de rééducation adapté aux activités thérapeutiques et de réadaptation. L'accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés doit être rendu possible.

1. Indicateurs annuels de suivi :

Un rapport d'activité sera développé incluant :

- des informations sur les patients ;
- des informations sur l'addiction ;
- les types de demandes et d'orientation ;
- des indicateurs d'activités (nombre d'admissions, nombre de journées d'hospitalisation réalisées, répartition des groupes homogènes de journée du PMSI – SSR...) ;
- des indicateurs de moyens (composition de l'équipe...).

