



La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?  
Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d' action (qui fait quoi en matière de rd rd) ?  
Comment faire de la réduction des risques dans les centres résidentiels de soins ?

Dr Vincent MEILLE  
Centre Hospitalier Universitaire - Dijon  
Soins de suite et Réadaptation en Addictologie - Le Renouveau - Dijon

## Le milieu résidentiel : des structures complémentaires

- Court Séjour d'Addictologie et Court Séjour de Recours (CSRA) :
  - Structures dédiées aux soins aigus
  - « Assurer le sevrage au produit »
  - Projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale.
- Les structures de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)
  - 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
  - « Consolider l'abstinence, prévenir la rechute...
  - ...et prévenir les risques liés à la consommation »

## Quelle place pour la RdRD au sein de ces structures ?

- Un choix libre et éclairé
  - Un patient enfermé dans une consommation permanente et chronique n' a pas la possibilité, par définition, d' un choix éclairé sur son avenir.
  - sentiment de résignation devant sa dépendance, voire d' incurabilité.
  - perte des capacités d' anticipation aboutissant à ce que le patient lui-même s' interdise l' idée d' une évolution favorable.
- Le patient acteur de ses propres soins
  - Eviter une forme d' infantilisation et de soumission devant une parole dogmatique, une attitude de passivité et d' attente du patient
    - Rétablir le patient dans une posture active et dynamique

## Quelle place pour la RdRD au sein de ces structures ?

- Un séjour en CSRA, puis en SSRA, à l'écart des rituels, guidé par les soignants, permet :
  - Une mise à distance de ces éléments, une revalorisation et une réflexion inédite autour du choix de vie à la sortie.
  - L'expérimentation sur une période prolongée du manque dans l'abstinence
- Difficultés des patients poly-addicts :
  - si la motivation au changement pour le produit princeps est forte, elle est souvent inexistante voire hostile concernant les autres addictions.
  - Située dans ce contexte, la réduction des doses (et non la RdRD) devient un principe de réalité en milieu résidentiel
    - Nécessité de se replacer dans une perspective de RdRD

## La RdRD du changement et du choix

- Accepter l'idée d'une consommation modérée d'un produit lors du séjour contribue à une meilleure alliance thérapeutique
- le patient ne subit plus les soins dictés, mais devient acteur dans le choix de son contrat de soin

**Un lieu protégé des consommations, permettant une période d'abstinence vis-à-vis d'un produit peut promouvoir un objectif de RdRD :**

- **Contrôle des consommations ou maintien d'un projet d'abstinence**

## Former les soignants à la RdRD

- Un écueil : rester attaché à une posture d'interdit vis-à-vis des substances du fait d'un positionnement marqué des équipes soignantes.
- Abandon d'un discours clair, simple, autoritaire, dogmatique, simplement mécanique ou « confortable »... pour une réelle discussion voire même un débat avec le patient
- Nécessité de se positionner dans un échange plutôt que dans la transmission d'un savoir.
- Eviter une RdRD au cas par cas, fluctuant en fonction du soignant, et ne permettant pas une prise en charge homogène des patients.

## Evolution du cadre et du contrat de soin

- La définition du cadre
  - outil précieux dès lors que les règles sont simples et sans exception
  - facilite également la gestion du groupe de patients, chacun étant soumis aux mêmes règles.
  - Dans une perspective de RdRD, ces outils rigides peuvent devenir des freins à l'individualisation et à la personnalisation des soins
- L'objectif à terme:
  - Définir un univers cohérent, englobant selon les patients abstinence totale et tolérance lors de sortie thérapeutiques
  - Parfois combinés chez un même patient poly-consommateur, avec des objectifs distincts concernant l'alcool, le cannabis ou les benzodiazépines...

## Réaffirmation de la dimension collective

- Réinscrire le patient dans un univers social ayant des interactions complexes,
  - retour vers une sociabilité : nouvelle l'expérience d'une vie collective, et de ses difficultés afférentes : conflits, inimitiés, exclusion...
  - redécouverte par les patients de leurs capacités sociales
- Perspective d'accompagnement du changement et du renforcement de la motivation : solidarité, identifications croisées etc...
- Point de vigilance :
  - la RdRD recentre les soins sur l'individu et sur sa démarche personnelle.
  - une prise en charge uniquement individuelle ne doit pas amplifier ce phénomène et conduire à encore davantage d'individualisme.



## Résidentiel, RdRD et parcours de soin : Abord institutionnel et réseau de santé

- Le parcours de soin du patient souffrant de conduites addictives concerne tous les secteurs sanitaires et médico-sociaux
- Chaque interface entre ces structures représente une vulnérabilité
- L'enjeu : améliorer la rétention aux soins en améliorant la cohérence du parcours de soin à travers une meilleure communication entre les différents intervenants:
  - Postes « ménisques », médicaux et paramédicaux, exerçant dans des structures ambulatoires et résidentielles
  - Décloisonnement les structures en amont et en aval
  - Distinguer le temps du sevrage, le temps de maturation du projet et le retour à la vie hors institution

## Conclusion

Le séjour en milieu résidentiel demeure un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme à un moment donné :

- Complémentaire et articulé avec la prise en soin ambulatoire, il doit pouvoir accompagner le patient, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, de l'abstinence, ou de leur combinaison.
- Une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement du patient vers un « choix libre et éclairé » que sur la transposition d'un programme de soin monolithique.
- L'intégration de la RdRD au sein de ces structures nécessite une réinterrogation de l'ensemble des programmes thérapeutiques, de l'accueil des patients, du fonctionnement interne...