



Coordination Scientifique:

Docteur Anne-Françoise Bertin

Docteur Brice Houdelet
 Professeur Arthur Kaladjian
 Professeur François Paille

Docteur Alain Rigaud

Contact et inscription:

Nicolas Jurado

Tel: 0683854893

Email: jade.reims.2015@gmail.com



Conformément aux dispositions des articles L.1453-1 et suivants du Code de la Santé Publique tels qu'issus de la loi n°2011-2012 du 29 Décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, et complétés par le décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés, vous reconnaissez être expressément informé que par l'acceptation de la présente invitation, celle-ci ainsi que les avantages qui vous seront procurés dans le cadre de ladite manifestation seront rendus publics par Lundbeck

**JOURNÉE
 D'ADDICTOLOGIE
 DU GRAND EST**

Les addictions :

« Education thérapeutique : quels enjeux, quelles perspectives ? »



**Centre de conférence Gabriel Rigot
 Châlons-en-Champagne
 4 décembre 2015**



EPSM de la Marne

Les addictions
« Education thérapeutique : quels enjeux, quelles perspectives? »

8h45-9h15

Accueil des participants

9h15-9h45

Allocution d'introduction

→ Pr F. Paille, Pr A. Kaladjian, Dr A. Rigaud

**→ Dr B. Crochet, Directeur de l'ARS de
Champagne-Ardenne**

9h45-11h

Président : Dr A. Rigaud (Reims)

Discutant : Mme S. Poiret (Châlons-en-
Champagne)

**1) L'Education thérapeutique : une autre
approche du patient ?**

→ Pr E. Bertin (Reims)

**2) Addictions et éducation thérapeutique:
quels objectifs? Quel outils?**

→ Dr A. Maheut-Bosser (Nancy)

Pause

12h30-13h30

*Déjeuner sur place offert par les laboratoires
Lundbeck*

13h30-15h30

Président : Dr A.-F. Bertin-Leutenegger (Reims)

Modérateur : Dr V. Meille (Dijon)

Table ronde:

**« Expérience d'éducation thérapeutique en
résidentiel, en ambulatoire : indications ou
objectifs communs ou différents**

→ Dr J-P. Lang (Strasbourg)

→ Dr C. Laugier (Châlons-en-Champagne)

→ Dr. A. Maheut-Bosser (Nancy)

→ Dr J. Boiteux & M. S. Faivre (Besançon)

→ Dr E. Lévêque & M. N. Testera (besançon)

→ Dr O. Bouchy (Verdun)

L'éducation thérapeutique : une autre approche du patient ?

Pr Eric Bertin

Définition de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

- OMS 1996 / HAS 2007 :

Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Finalités de l'acquisition de ces compétences

Du côté des acteurs de soins et des institutions :

- responsabilisation (se prendre en main) ?
- autonomisation (gérer ses soins) ?
- diminution des coûts

Du côté du patient :

- processus de résilience des effets de la maladie
- liberté / sécurité / émancipation...
(empowerment, autonormativité, autodétermination)

L'ETP, une démarche soutenant un processus de résilience via l'empowerment

- processus par lequel une personne malade, au départ d'une situation ou d'un sentiment d'impuissance, augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie.
- transformation personnelle, identitaire, au terme de laquelle le sentiment de sécurité, l'acceptation de son image, le sens du contrôle, les exigences de la maladie sont intégrées dans une réconciliation avec soi.

(I. Aujoulat)

La résilience par le « voyage initiatique »

- Mythe de l'Odyssée : Ulysse, homme qui s'aventure hors du monde connu pour devenir autre et renaître à lui-même
- Film Avatar : handicapé qui intègre un autre monde dans un double mouvement d'autonomie et d'intégration, et acquiert une autre normalité

➔ « cheminement » du patient atteint de Mal. Chron.

Pathologies chroniques concernées par l'ETP

➔ *Absence de guérison définitive, contraintes au quotidien*

➔ *Patient acteur essentiel de ses soins*

- Cancers, pathologies cardio-vasculaires, diabètes / obésité
- Allergies alimentaires, Asthme, BPCO
- Insuffisance rénale
- maladies inflammatoires, dégénératives
- Maladies hématologiques (hémophilie ...)
- Infections virales persistantes : HIV, VHB ...
- Pathologies addictives, et psychiatriques

Problématiques habituelles des soignants dans la PEC des patients atteints de Mal. Chron.

- fausses représentations d'ordre socio-culturel
- peu de formation au rôle d'accompagnant
- tendance à répondre aux attentes (\neq des besoins)
- vision hygiéniste/normative :
 - solutions contraignantes pour les patients
 - incompréhension de certains comportements

Quel modèle de développement du sujet via l'ETP ?

- **Constructiviste** : ETP centrée sur la communication, la connaissance de soi (fonctionnement organique). Les difficultés d'adoption des bons comportements de santé sont prises en compte dans l'idée que tout individu à un potentiel de « croissance ». L'objectif est centré sur la lutte contre les complications, l'observance.
- **Socioconstructiviste** : soutien au développement de l'individu en tant qu'être social dans son contexte de vie. Perspective de maîtrise de la santé pour le bien de soi et celui des autres

(Eymard, 2004)

Développement des compétences des patients selon la HAS

Les compétences d'autosoins :

- Soulager les symptômes
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure
- Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement
- Réaliser des gestes techniques et des soins
- Mettre en oeuvre des modifications à son mode de vie
- Prévenir des complications évitables
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent

Les compétences d'adaptation:

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles
- Prendre des décisions et résoudre un problème
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix
- S'observer, s'évaluer et se renforcer

Formalisation de la démarche éducative (guide méthodologique HAS/INPES 2007)

- 1) Élaborer un diagnostic éducatif
- 2) Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage
- 3) Planifier et mettre en oeuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance
- 4) Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

L'acquisition des compétences nécessaires par le patient

Dépend de :

- motivation à agir (projet ayant du sens ?)
- représentations de la santé (delayed gratification...)
- intégration de la maladie dans la vie psychique (A. Lacroix)
- sentiment d'efficacité personnelle (A. Bandura)
- situation psycho-sociale / priorités de vie
- modèle biomédical → modèle intégratif global (JA Bury)

Déclinaison concrète de l'ETP

- Compréhension de la maladie et de ses enjeux, aide à la libération des difficultés / freins
- Changements de comportement (alimentation / activité physique / réaction au stress / relation aux autres ...)
- Identification des signaux d'alerte
- Gestion des traitements (chronique / aigu)
- Gestion des situations inhabituelles
- Identification des personnes/structures ressource
- Renforcement de l'estime de soi / du sentiment d'efficacité personnelle

La loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 22 juillet 2009 intègre l'ETP dans le code de la santé publique mais privilégie le développement de programmes et formalise l'ETP

- certification des programmes d'ETP par les ARS
- procédures d'évaluation (annuelle / quadriennale)
- exigences de compétences (animation et coordination chez les soignants (formation

Résultats de la 1ère vague nationale d'autorisation en 2010

1 796 programmes autorisés (2 508 dossiers instruits)

Pathologies concernées

Diabète : 31%

Maladies cardiovasculaires : 16%

Maladies respiratoires : 12%

Stomathérapie : 6%

Insuffisance rénales chronique : 5%

VIH/SIDA : 5%

Maladies rares : 3%

Données non autorisées : 2%

Où en est l'ETP

- peu de programmes en dehors des hôpitaux
- souvent réduite à de l'information ou à l'entretien motivationnel
- respecte peu la temporalité du patient et le principe d'autodétermination
- faible cohérence entre les acteurs formés à l'ETP et les autres

« Le désir réintroduit de l'existence, du mystère aussi, du possible multiple, de l'énergie, de l'impondérable, de la fantaisie, de la création.

Fonder l'éducation sur le désir est une toute autre entreprise que de l'asseoir sur la motivation »

(Beillerot 1998)

Transmissions d'une diététicienne retrouvées dans un dossier lors d'une consultation inter-service :

L'interrogatoire alimentaire révèle une alimentation déséquilibrée à domicile.

Elle connaît mais n'applique pas les conseils du régime diabétique.

Je lui redonne des conseils adaptés à son diabète.

« Le danger pour l'éducateur thérapeutique c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute »

(J.M.Longneaux,1994)

Une posture d'« écoute »

- être attentif, interagir, répondre, solliciter, dynamiser un questionnement permettant aux personnes de s'interroger dans leur rapport à la réalité
- L'écoute désigne un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du sens
- C'est à la fois une posture et une technique, c'est elle qui soutient la démarche, qui nourrit le cheminement. Elle s'accomplit tant dans le silence réceptif qui acquiesce et valide la parole d'un autre que dans l'interpellation confrontante

L'« écoute » est le terme utilisé par tous les professionnels pour définir le type d'accompagnement qu'ils effectuent auprès des patients. Mais quand ils décrivent ce qu'ils font et comment ils le font, cette notion d'écoute disparaît au profit de « *on va fixer des objectifs* », « *on voit ce qui peut être modifié* », « *d'après le rapport Delfraissy* », « *nous dépistons des problèmes d'observance* », « *on va donner des règles* », « *je lui apprend à respecter les normes* », « *on donne des conseils* », « *j'oriente* », « *je corrige les grosses erreurs* », « *arriver à l'adhésion du traitement* ».

Aspirations du patient atteint de Mal. Chron. ?

Sécurité

Liberté

Epanouissement

- socio-professionnel
- affectif

- libération des affects / expression des difficultés
- compréhension du problème et de ses enjeux
- prévention et gestion des situations aiguës
- effets du traitement / intérêt du suivi
- intérêt et contraintes des changements de vie
- **savoir parler de sa maladie, ne pas en avoir honte, ne pas se sentir exclu, être compris, soutenu ...**

« Tant que le désir de vivre du patient est pris dans des contradictions qui le ruinent, jamais le moindre chantier ne pourra voir le jour. En promouvant l'autonomie du patient, en l'éduquant à la liberté, c'est-à-dire en commençant par s'éduquer soi-même à l'écoute et à la compréhension, le soignant permettra au patient de retrouver en lui-même la force et l'élan propices au choix éclairé.

L'éducation thérapeutique instaure ainsi un lien de respect mutuel où une symétrie devient possible, où la compétence de l'un va permettre à la compétence de l'autre de s'épanouir »

(Ph. Barrier, 2007)

Éléments nécessaires à l'alliance thérapeutique

- relation affective du patient à son soignant
- capacité du patient à poursuivre un objectif thérapeutique
- compréhension empathique et implication du soignant
- accord sur les objectifs et réalisations

(Gaston 1990)

Une posture de pédagogue actif

- il ne suffit pas de transmettre des informations à un individu « objet de soin »
- pour « activer », il faut mettre la personne en situation d'être « acteur »
- l'expression de soi est la première condition pour impliquer l'autre, par la mise en projet

(Paul Maela 2012)

Nécessité d'un accompagnement via une posture « émancipatrice »

- accompagner : « se joindre à quelqu'un/pour aller où il va/en même temps que lui »
- posture labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement
- elle doit sa justesse à sa pertinence au regard d'une situation

→ Elle ne peut être ni plaquée ni standardisée

Posture « éthique »

- non-violence (Derrida 1967) : autres modalités de relation que celles du pouvoir, de la domination, de la répression, de l'humiliation, de l'infantilisation de l'autre par la séduction ou la peur, ou sa réduction à « un objet de soin »
- non « substitution à autrui » : penser, dire, faire à sa place (acte d'ingérence, négation de l'autre)

Exemple : Oui, j'entends que cette situation est difficile pour vous... ; Il est tout à fait légitime que vous aspiriez à voir cette situation évoluer... Oui, « j'entends » que vous souhaitiez m'associer... Alors oui, nous allons « ensemble » travailler à faire évoluer cette situation.

Une posture de « non-savoir »

- en « ne sachant pas », le professionnel privilégie l'élaboration par le patient
- il soutient le questionnement plutôt que l'affirmation
- « ne pas savoir » ne veut pas dire afficher l'ignorance ou rester neutre

Références à la « posture éducative » dans le champ de l'ETP

Rapport de l'académie nationale de médecine de 2013 :

« LA POSTURE EDUCATIVE DU SOIGNANT UNE NOUVELLE RELATION THERAPEUTIQUE »

- être dans une autre relation avec le patient, permettant à ce dernier de prendre une place différente et d'élaborer un projet de changement avec la temporalité dont il a besoin
- approche plus globale et plus écologique de l'individu
- identifier l'influence de sa propre subjectivité en tant que filtre de la parole et/ou du cheminement du patient ... ; devenir un « praticien réflexif » (Donald Schön 1983)

Pour conclure

- L'ETP doit s'appuyer sur une relation de soin de qualité, une approche globale non enfermante, et générer un processus d'élaboration renforçant la créativité de la personne
- Elle aide à développer une pédagogie accessible au patient (health literacy) et constitue un espace permettant le partage de l'expérience du cheminement réussi des anciens patients



13h30-15h30

Président : Dr A.-F. Bertin-Leutenegger (Reims)

Modérateur : Dr V. Meille (Dijon)

Table ronde:

« Expérience d'éducation thérapeutique en résidentiel, en ambulatoire : indications ou objectifs communs ou différents »

Expérience d'éducation thérapeutique, en résidentiel, en ambulatoire: indications, objectifs communs ou différents

Journée d'Addictologie du Grand Est

Chalons-En Champagne

Vendredi

4

Décembre 2015



Expérience du projet « Fibroscan » du SELHV Alsace

Jean-Philippe LANG
Psychiatre et Addictologue
SELHVA
Pôle de Psychiatrie et de Santé Mentale
CHU de Strasbourg

Ce qui a motivé le projet Fibroscan ?

→ Epidémiologie

- Nécessité de développer le dépistage chez les usagers ayant des conduites à risques (usagers de SPA, souffrant de troubles psychiques, précaires , incarcérés..)
- Nécessité d'augmenter l'accès aux nouveaux traitements ainsi qu'à un soin optimal avant, pendant et après le traitement chez ces usagers
- Nécessité de renforcer l'observance, d'améliorer l'espérance et la qualité de vie

→ Nécessité de participer à la construction d'un parcours de soin cohérent avec les structures référentes, à l'aide un projet de recherche clinique commun qui limite les « co-errances »

→ Nécessité de développer et dynamiser des rencontres cliniques ou institutionnelles régulières « rassurantes » entre partenaires locaux

→ Nécessité de travailler sur des problématiques essentielles

- Dépistage/ accès au soins, Morbidité/ Mortalité, Observance/Qualité de vie
- Problématiques transversales essentielles dans le domaine des maladies chroniques du foie ou des greffes hépatiques: les addictions, les troubles psychiques, la précarité ou les troubles cognitifs

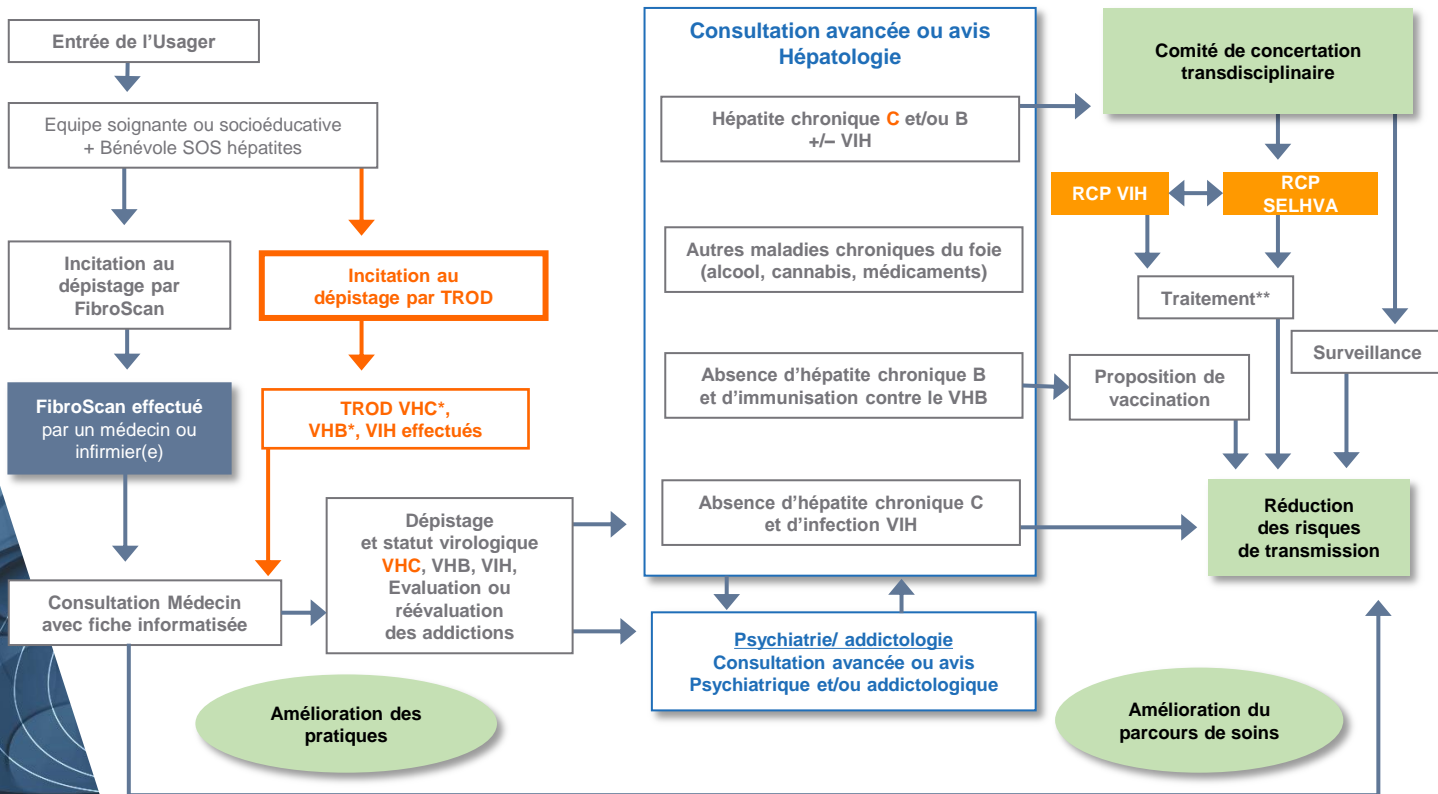
Ce qui était nécessaire autour du projet Fibroscan ?

- Rassembler les CSAPA autour d'un projet commun avec un bénéfice individuel au bénéfice du groupe +
- Ne pas se limiter au CSAPA:
Aussi en USN1, CSSRA, RMS, Accueil précarité...
- Associer un programme d'ETP validé +
- Associer des réunions de réflexion clinique transdisciplinaire (RCT) commune et une consultation avancée psychiatrique et addictologique ressource au sein du SELHV +
- Associer une RCP régionale de référence en y apportant une compétence psychiatrique et addictologique +
- Associer un DIU « Addictions, Psychiatrie VIH et Hépatites » +
- Associer un axe recherche en lien avec Labex HepSys INSERM +

Le dispositif

- 11 structures : 8 CSAPA + 1 USN1 (ex UCSA) + 1 CSSRA + 1 PASS « la boussole »
- Expérimentation en cabinet de MG : Réseau Micro Structure
- 2 FibroScan® portatifs
- 1 173 patients inclus du 03/12/2012 au 31/08/2015
- 815 dossiers exploités (03/12/2012 au 30/03/2015) avec fiche médicale de dépistage et de suivi renseignée et FibroScan® réalisé
- 2 niveaux d'analyse : septembre 2014 (504 dossiers) et avril 2015 (815 dossiers)

Schéma d'organisation

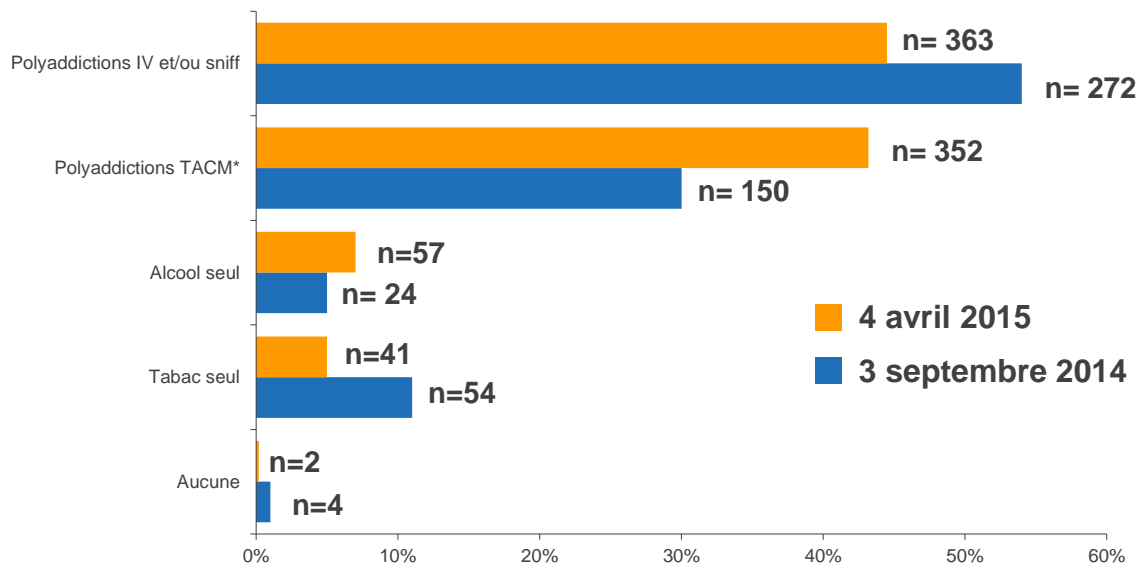


* Dès autorisation par les pouvoirs publics ** Traitement anti VHC pouvant être administré au sein de la structure

Population étudiée

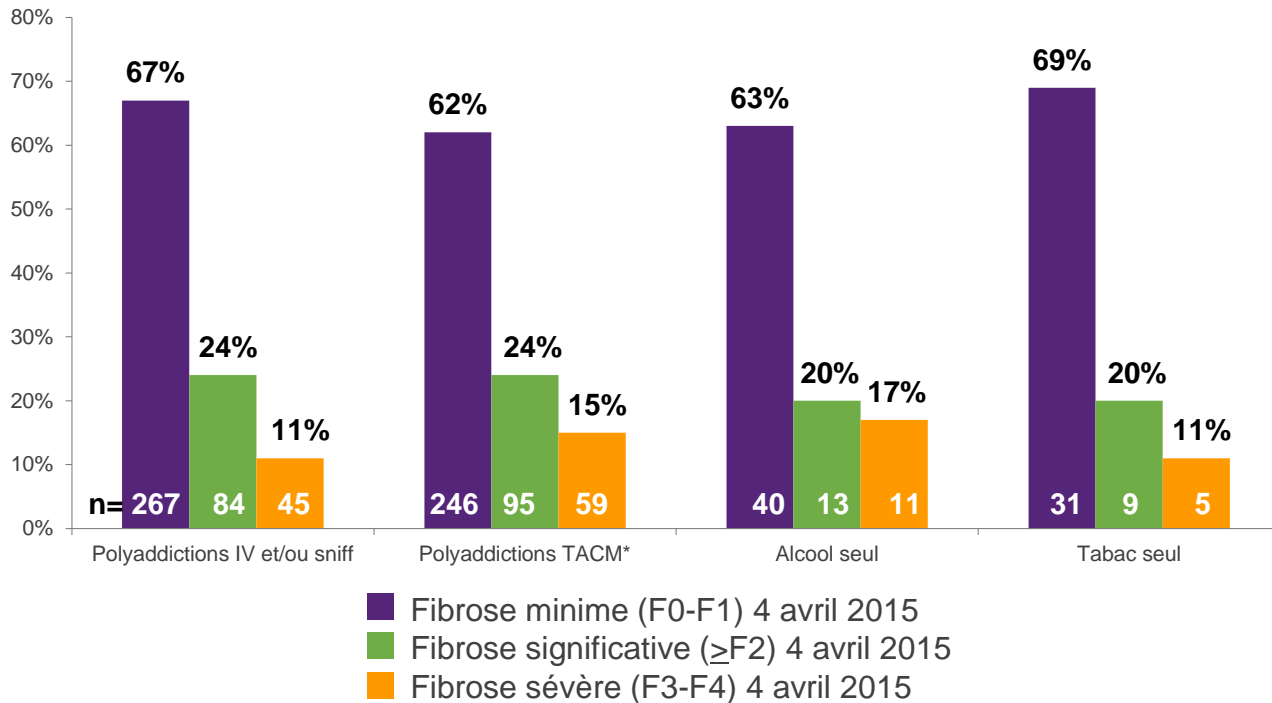
	3 Septembre 2014	4 avril 2015
Age moyen	43,1 ans	41,8 ans
Homme	372	615
Femme	132	200
Sexe ratio	2,8	3

Répartition des conduites addictives



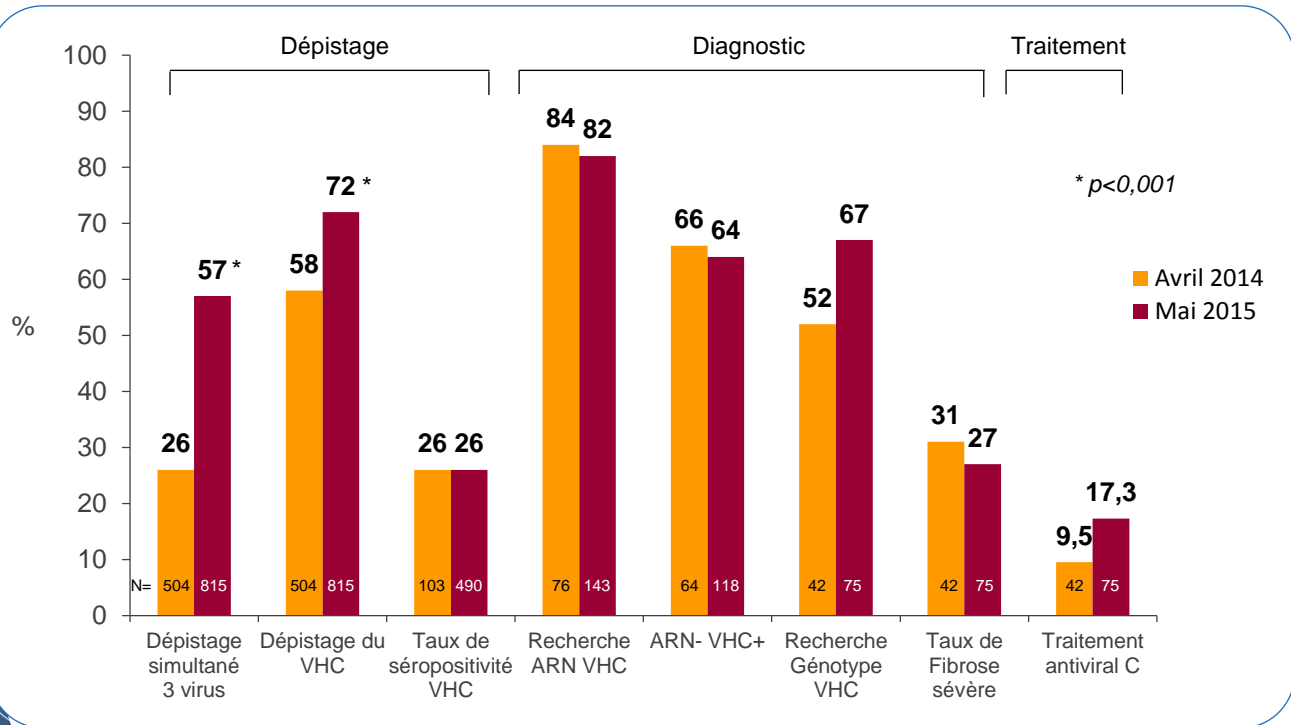
* TACM: tabac, alcool, cannabis, médicaments...

Répartition des scores de fibrose selon les conduites addictives

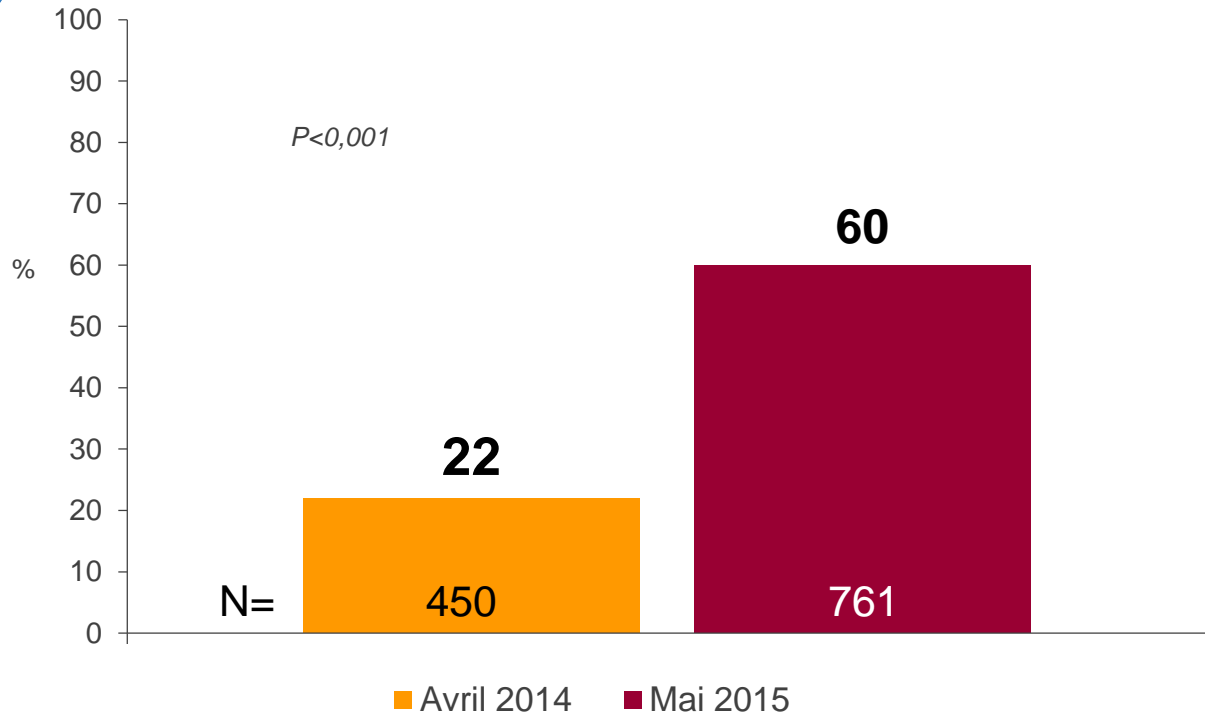


* TACM: tabac, alcool, cannabis, médicaments...

Du dépistage au traitement antiviral C : évolution des pratiques



Taux de vaccination contre l'hépatite B dans les CSAPA

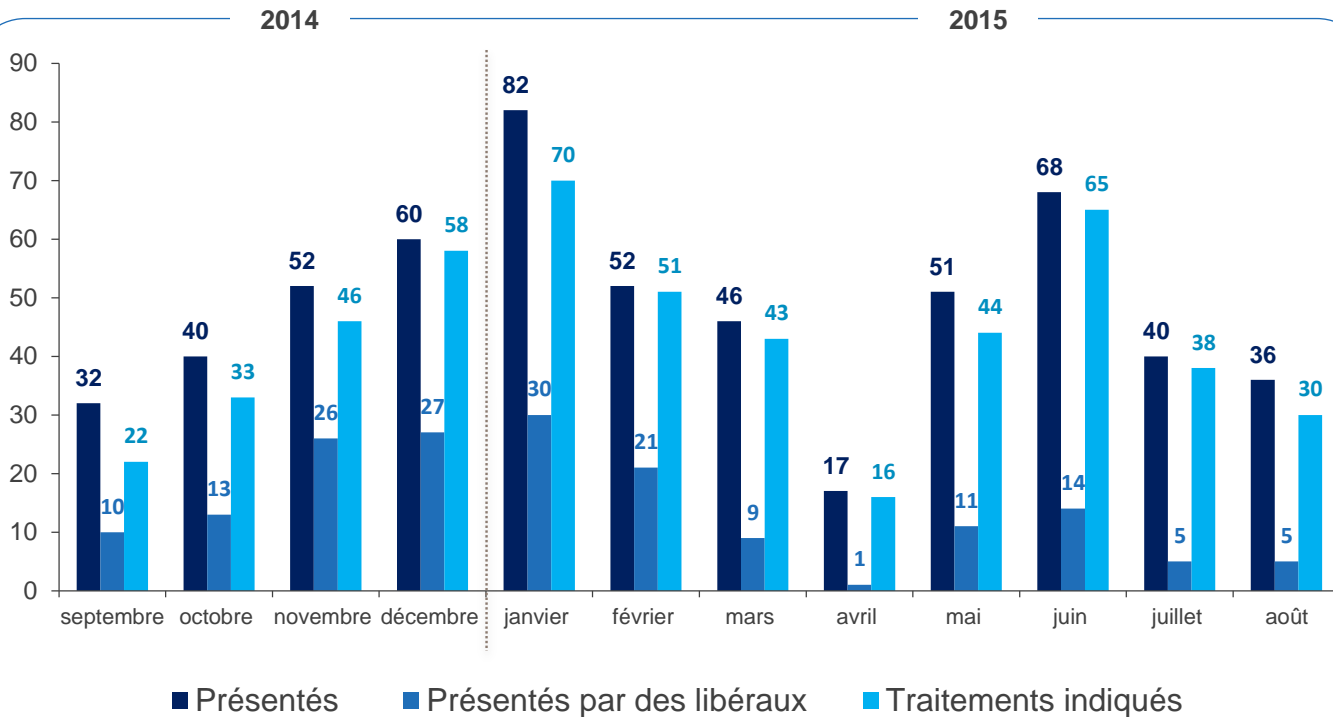


Spécificité en fonction des structures ?

FA 1173 patients

	FA	F 3-4	Dépistage VHC	Vaccination VHB	Dépistage conjoint 3V	Accès au TTT
CSAPA	815	17,7%	66,9%	32,4%	60,3%	21
USN1	110	6,4%	58,2%	20,9%	54,5%	2
RMS	107	8,4%	61,7%	47,7%	65%	3
CSSRA	130	14,7%	38,2%	4,4%	36%	0

RCP du SELHVA



576 dossiers présentés en 1 an

Activité de Janvier 2014 au 31 Août 2015

Caractéristiques des patients traités par les nouveaux antiviraux

Catégories	N= 268	%
Sexe : H	170	63,4
F	98	36,6
Age : < 60 ans	123	45,9
> 60 ans	145	54,1
Migrants	69	25,7
UDVI	61	22,7
TTT substitutif	29	10,8
Primotraitement	124	46,2
Retraitement	144	53,7
TTT avec PEG-IFN	30	11,2
TTT avec RBV	137	51,0
PSY +	54	20,0
ETP +	172	64,2

Comparaison ETP+ / ETP-

Nb total de patients = 268	ETP + N= 172		ETP - N= 96	
	N	%	N	%
Sexe : H	106	61,6	64	66,6
F	66	36,4	32	33,3
Age : < 60 ans	98	57	25	26,0
> 60 ans	74	43	71	74,0
Migrants (avec interprète)	66	38	3	3,1
UDVI (anciens)	50	29	11	11,5
TTT substitutif	23	13,4	6	6,2
Primotraitement	91	53	33	34,4
Retraitement	81	47,1	63	65,6
TTT avec PEG-IFN	27	15,7	3	3,2
TTT avec RBV	79	45,9	58	60,4
PSY +	40	23,3	14	14,6

Comparaison PSY+ / PSY-

Nb total de patients = 268	PSY + N= 54		PSY - N= 214	
	N	%	N	%
Sexe : H	43	79,6	127	59,3
F	11	20,4	87	40,6
Age : < 60 ans	23	42,6	100	46,7
> 60 ans	31	57,4	114	53,3
Migrants	27	50,0	42	19,6
UDVI	14	26,0	47	21,9
TTT substitution	12	22,2	17	8,0
Primotraitement	27	50,0	97	45,3
Retraitement	27	50,0	117	54,7
TTT avec PEG-IFN	11	20,4	19	8,8
TTT avec RBV	36	66,6	101	47,2
ETP +	40	74,1	132	61,6

Diplôme Inter Universitaires 2015/2016 (Strasbourg-Nancy-Paris-Haiphong)

➔ « ADDICTIONS, PSYCHIATRIE, VIH ET HEPATITES »

**DURÉE : 1 AN
(3 SESSIONS DE 3,5 JOURS SUR
STRASBOURG)**

**4 AU 6 NOVEMBRE 2015
2 AU 5 MARS 2016
18 AU 21 MAI 2016**



INSCRIPTION :

**450 € EN FORMATION INDIVIDUELLE
750 € EN FORMATION CONTINUE**

CONTACT :

DR JEAN-PHILIPPE LANG

DIU-SELHVA@CHRU-STRASBOURG.FR

03 88 11 52 47



Coordonné par le Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (SELHVA)
et le Pôle Psychiatrie Santé Mentale (PPSM) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)

Conclusions

- Très bonne acceptabilité
- Fédérateur et valorisant pour les équipes quelques soient les compétences
- Programme et formation impactent positivement les pratiques et parcours de soins
- Favorise la transdisciplinarité de la prise en soin et le lien ville-hôpital
- Travailler sur l' accès aux soins et aux traitements antiviraux des patients complexes et le suivi en post-traitement : nouvelles missions des CSSRA ?

Perspectives : CQFD

- Publications des premiers résultats
- Modalités de pérennisation du dispositif
Réflexions structurelles, financières, institutionnelles...
- Participer au projet SCMR à Strasbourg ?
- Développer le projet de recherche aux CH Psychiatriques ?
- Développer un programme ETP collectif en post traitement ?
- Réflexions cliniques et RCP communes avec co-infections VIH ?
- Développer la recherche / troubles cognitifs
- Cohérent /Qualité/ Fiabilité /Durée

Remerciements

- ARS Alsace
- Pr Michel Doffoel, SELHVA
- Frédéric Chaffraix, SELHVA
- Florence Ernwein, SELHVA
- Fiorant Di Nino, SELHVA
- Pr Jean-Marie Lang, SELHVA
- Dr François Habersetzer, SELHVA
- Pr Thomas Baumert, INSERM
- Pôle Psychiatrie Santé Mentale du CHRU Strasbourg
- Les équipes médicales et sociales :
 - CSAPA : Ithaque, Alt, CH Colmar, CH Selestat, CHRU Strasbourg, CH Saverne, CH Haguenau, CH Wissembourg
 - USN1 : Maison d'arrêt Strasbourg
 - CSSRA : Marienbronn
 - PASS : La boussole, CHRU Strasbourg
 - RMS : Ithaque

Les addictions. « Education thérapeutique: quels enjeux, quelles perspectives ? »

Expérience d'éducation thérapeutique, en résidentiel, en ambulatoire: indications, objectifs communs ou différents ?



*JADE 4 décembre 2015
Dr LEVEQUE
M.FAIVRE
MTESTERA*



Education thérapeutique

- **Programme HUMMADICT mis en place dans une unité d 'admission « Cyclades » au CH de Novillars:**
 - Autorisation par l'ARS de Franche-Comté: mai 2011,
 - Programme composé de 4 modules:
 - « Troubles de l'humeur »
 - « Addictions »
 - « Sevrage tabagique »
 - « Equilibre alimentaire » (mis en place en septembre 2013)
 - Equipe pluridisciplinaire

Module « Addiction »

- Sur 2 semaines:
 - 1 séance « psychotropes alcool et dépendances »
 - 1 séance « conséquences physiques »
 - 1 séance « groupe d'échanges, partage d'expériences »

Module « sevrage tabagique »

- Séances individuelles
- Groupes de sensibilisation à l'arrêt du tabac

Accompagnement du patient vers le programme d'éducation thérapeutique

- Présentation du module
- Evaluation de l'indication et de l'adhésion du patient au programme
- Bilan éducatif partagé initial par équipe pluridisciplinaire

Expérience ambulatoire, le temps de l'urgence

Modalités d'interventions aux urgences du CHU

Pas de dispositif « officiel » d'ETP

Repérage des patients par les équipes soignantes → information de l'ELSA.

Urgences Psychiatriques et Urgences

Traumatologiques: appel téléphonique au patient pour proposition de RDV post urgence ou intervention brève sur place.

SAU/UHCD: intervention brève sur place.

**Expérience d'ETP en
ambulatoire et
résidentiel: quelle
complémentarité?**

Indications

Résidentiel	Ambulatoire, urgences
Patients hospitalisés: séjour programmé ou découverte d'une conduite addictive.	Patients en consultation après un événement aigu.
Patients déjà suivis ou non.	Patients déjà suivis ou non.
Patients volontaires et en capacité de participer.	

Objectifs

Résidentiel	Ambulatoire, urgences
Evaluation et critique des symptômes de la pathologie.	Evaluation et critique de l'événement aigu.
Orientation ou réorientation vers un suivi répondant aux objectifs du patient à moyen et long terme.	Orientation ou réorientation vers un suivi répondant aux besoins du patient à l'instant T, et contact avec un référent pour un ajustement des objectifs.
Bilan par rapport au réseau et personnes ressources à moyen et long terme.	Bilan par rapport au réseau et personnes ressources à l'instant T.
Consolidation des compétences du patient.	Prévention.

Objectifs

Résidentiel	Ambulatoire, urgences
Evaluation et apport de connaissances par rapport à la pathologie du patient.	Apports/compléments de connaissances en lien avec l'évènement
Aider le patient à identifier les facteurs influençant la conduite addictive.	Aider à identifier les facteurs de fragilité actuels
Eviter les réhospitalisations.	Eviter les mises en danger.

Maintien et développement des compétences pour améliorer sa qualité de vie.

Conclusion

- L'encadrement d'un évènement aigu nourrit le travail thérapeutique fait sur le long terme
- Le travail résidentiel apporte des moyens au patient pour critiquer l'évènement aigu
- Complémentarité de ces 2 temps
- Perspectives : améliorer la collaboration Urgences/Soins Résidentiel et Soins Ambulatoires pour développer les compétences du patient

Merci pour votre attention



Faisons-nous de l'éducation thérapeutique sans le savoir ?



Dr. Joël Boiteux
Elsa CHU Besançon
Intervenant psychiatre au Csapa Soléa

Vignette clinique n°1

Alexandre 22 ans

Vit en foyer

Père dcd – mère à Béziers

Consomme héroïne régulièrement

THC quotidiennement

S'isole +++ - sentiment persécution – anxiété +++

N'ose plus sortir -éducateurs inquiets

Beaucoup de passage aux U.P : états délirants

Plusieurs hospit. courte durée

Aucune accroche suivi psy. inobservance Tt.

Vignette clinique n°2

David 21 ans

Vit seul avec sa mère. Ne connaît pas son père

Arrêt scolarité à 16 a – pas de travail pas de formation

Troubles du comportement depuis 5 ans (violence)

A passé 6 mois en M.A. pour vols

 primo dépendance buprénorphine

Depuis 1 an s'isole, délire parano franc

Plusieurs passage aux U.P + 1 hospit.

Abus de médicaments

Aucune accroche suivi psy.

Anarchie complète Tt

2 passages Samu : intoxication médic. involontaire

Addiction / Troubles Psy.

Comorbidité fréquente

Péjore le pronostic

Prise en charge difficile

Nécessité d'une alliance thérapeutique

apaiser symptômes psychotiques

gérer dépendance opiacés

Mais inobservance Tt et refus de soins psy.

1^{ère} consultation psy.

D'emblée réticence +++ à voir un psy
Accompagnés par mère/éducateur

Entretien axé sur les produits consommés
Sur la gestion de la dépendance aux opiacés

Acceptent idée d'un rdv au csapa « Soléa »

Prise en charge au Csapa

Volonté de laisser une place importante à l'entourage
mère/éducateur

Pharmacie de ville, inf. libéraux dans le foyer

Très bonne accroche avec Tso + suivi csapa

Puis suivi psychiat. + psychosocial + inf.

Acceptation Tt psychiatrique

Amélioration symptômes psychotiques

Tso véritable point d'ancrage à un suivi

Prise en charge au Csapa

Plusieurs objectifs

- Meilleure connaissance des symptômes/de la maladie
- Meilleure connaissance des traitements
- Acquisition de compétences familiales
- Alliance et observance
- Amélioration de compétences sociales

Interdisciplinarité chez les intervenants

- Education thérapeutique « a minima » ?
- Csapa « lieu idéal » pour Educ. Thér. ?

Programme ETP : Prévention de la RECHUTE

Autorisé en Février 2015

E.P.S.M.MARNE

POLE D'ADDICTOLOGIE de la Marne.

Dispositif MARNE SUD :

- Unité de Traitement des Addictions EDELWEISS
- Unité Mobile Addictions
- SSR-A « Les Catalaunes »



LE PROGRAMME EN BREF:

. Programme indiqué au plus grand nombre, réalisable sur une durée courte.

Objectif : prévention de la rechute par le partage d'expériences et de connaissances sur les addictions.

. En pratique selon diagnostic éducatif intégré au cours des entretiens d'accueil :

-3 Ateliers collectifs possibles : dont « groupe abstinent », « groupe équithérapie », groupe « dépendance ».

-2 Ateliers individuels : « situations à risque » et « un temps pour soi ».

-Qui s'ajoutent donc aux 2 groupes de parole hebdomadaires + aux autres activités proposées.

Sevrage technique

Information
minimale de
sécurité selon
produit.
OBLIGATOIRE

Activités
thérapeutiques
ORIENTÉES

Activités
thérapeutiques
LIBRES

Sevrage résidentiel complexe

PROGRAMME ETP

DIAGNOSTIC
EDUCATIF

LIMITATION :

- . Le temps de « contact » avec le patient.
- . Variabilité de la population.
- . Nécessité d'avoir une équipe stable et une masse « critique » formée suffisante.
- . « Formation » des patients aux outils collaboratifs.
- . Équilibre entre les diverses techniques.
(gestion de crise, urgences, sevrage complexe, isolement thérapeutique, ETP,...)

Retour d'EXPERIENCE

- . Une participation précoce du patient et des objectifs certes modestes mais partagés.
- . Un cadre contraint, chronophage, mais une toile vierge.
- . Une belle démarche d'équipe, un fort investissement dans la formation de l'unité, accompagné et soutenu par la direction de l'établissement en particulier la DSSI.
- . De multiples occasions de se faire remettre en question...