

Etapes d'accompagnement et de soins en CSAPA

Temporalité et fin de suivi

Mai 2019

« La personne addictive ne cesse d'interroger son rapport au temps, si particulier et parfois si différent de celui des personnes qui l'entourent. Le besoin d'immédiateté de la satisfaction du désir préside au vécu de l'individu. Pour celui-ci, le temps s'étire, se dilate et semble interminable¹ ». Alors il exige « ici et maintenant » ; ce qui a fait dire de l'usager de drogue qu'il était dans le « tout, tout de suite ».²

Un des enjeux de l'accompagnement et des soins en addictologie va être la nécessité de réintroduire la notion de temps comme repère et organisateur, et d'ouvrir un espace permettant à l'usager de devenir un sujet et donc de désirer.

Mais comment appréhender le temps de l'accompagnement quand l'usager continue à venir au CSAPA et que rien ne change ? Que son désir semble être celui du maintien dans le non-changement ?

Quand l'usager continue à venir régulièrement au CSAPA alors qu'il semble s'être bien installé dans le changement désiré ?

Cette fiche Repères a été conçue de manière à questionner les pratiques autour de la temporalité de l'accompagnement et des soins en addictologie. Elle ne prétend pas donner des bonnes réponses mais susciter des questionnements notamment autour du travail de fin de suivi de personnes addictives. La question du lien avec l'usager addict a une dimension centrale, et il nous faut en tant que professionnel l'interroger pour lui et pour nous.

Cette fiche Repères ne répond pas à la question de la temporalité des accompagnements dans le cadre d'une obligation de soins ou injonction thérapeutique, ni des suivis en milieu carcéral. Elle vise une réflexion générale et transversale à toutes les prestations particulières qui peuvent être mises en œuvre au sein des CSAPA ; prestations ambulatoires qui contrairement aux hospitalisations, n'ont pas une durée limitée et fixée au départ.

Objectifs généraux de l'accompagnement et des soins en CSAPA³

Les CSAPA s'adressent à toutes les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives (alcool, tabac, cannabis, opiacés, autres drogues, jeux⁴) et aux personnes de leur entourage.

Les CSAPA ont pour missions :

- **L'accueil,**
- **L'information** sur les modalités d'accompagnement, les conduites addictives, les droits.
- **L'évaluation** médicale, psychologique et sociale : il s'agit d'évaluer les conduites addictives la situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour proposer un accompagnement et des soins les plus adaptés aux besoins.
- **La prévention individuelle et collective⁵.**

¹Hautefeuille, M., (2011). Addictions et temporalités. Psychotropes, vol. 17 (2), 5-8.

²Olievenstein C., (1977). « Il n'y a pas de drogués heureux », p 285 et p 327, Éditions R. Laffont, Paris.

³[Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007](#) relatif aux missions des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et [circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008](#) relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

⁴Concernant les addictions sans produit : seuls les jeux sont précisés dans la circulaire.

⁵ [L3411-5](#) du code de la santé publique

Zoom premier entretien

Le premier entretien doit permettre d'évaluer la demande de l'utilisateur et sa position au regard de la démarche de soin susceptible de s'engager⁶.

L'évaluation peut porter sur les éléments suivants :

- Les éléments d'anamnèse (éléments caractéristiques de l'histoire familiale et personnelle),
- Les origines possibles de la problématique addictive (difficultés relationnelles, problèmes sociaux, événement traumatique, etc.),
- Le contenu de l'organisation familiale (situation conjugale, séparation(s), deuil(s), parentalité, placement d'enfant(s), vie de famille, filiation, fratrie, etc.),
- Les ressources relationnelles (réseau familial soutenant ou conflictuel, réseau amical, réseaux sociaux, etc.),
- La situation socio-économique (en activité, en invalidité, en longue maladie, en recherche d'emploi, en situation de handicap, isolé/e, en situation de précarité, situation de logement ou hébergement, en errance, etc.),
- La situation judiciaire (obligation de soin, injonction thérapeutique, récidive/multi-récidive, violences, incarcération, aménagement de peine, mesures judiciaires, etc.),
- Les fonctions des pratiques addictives (festives, conviviales, dopage, défonce, fonction symbolique, « béquille », etc.),
- Les types de pratique et l'histoire de la problématique dans le temps (irrégulier, chronique, aigu, massif, contextuel, seul, en groupe, etc.),
- Les difficultés associées (problèmes somatiques, psychiatriques ou psychologiques, difficultés conjugales, familiales, professionnelles, sociales, etc.),
- La position et représentation de l'utilisateur au regard du soin (préexistence d'un parcours de soin et souhaits pour l'avenir),
- La motivation et la capacité à co-construire le projet de soin.

- **L'orientation** : toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation d'accompagnement et de soins ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins.
- **La réduction des risques et des dommages** associés aux conduites addictives. Dans le but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. L'utilisateur est accompagné tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques.
- **L'accompagnement médical** consiste en une prise en compte de la santé de l'utilisateur dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie. Il comprend :
 - L'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance,
 - La recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques,
 - La proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et la prise en compte des comorbidités,
 - La proposition d'un sevrage thérapeutique et son accompagnement. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner l'utilisateur.

⁶Guide ANPAA « Premier accueil - premier entretien en CSAPA » - Commission des Pratiques Professionnelles ANPAA, mars 2013

- **L'accompagnement psychologique** comprenant l'évaluation de la dimension psychologique des conduites addictives, un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.
- **L'accompagnement socio-éducatif** dans un objectif de conquête et reconquête de l'autonomie de l'utilisateur pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux, des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.

Ces missions en CSAPA peuvent se décliner en consultations et/ou groupes à visée thérapeutique. En outre, les CSAPA assurent des missions obligatoires de prévention individuelle et collective.

Enjeux éthiques de l'accompagnement et des soins en CSAPA

La charte des droits et libertés de la personne accueillie⁷ pose notamment :

- Le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté : la personne accueillie doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.
- Le principe du libre choix, d'un consentement éclairé et de la participation de la personne accueillie.

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes (...);
- Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement en veillant à sa compréhension ;
- Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.
- Le droit à la renonciation : la personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement. Plus largement, dans un cadre ambulatoire comme celui des CSAPA, la personne peut renoncer à son accompagnement en cessant de prendre rendez-vous, en se retirant d'un groupe à visée thérapeutique. Au demeurant, la personne peut reprendre contact lorsqu'elle le souhaite, pour un nouveau rendez-vous.

Les principaux enjeux éthiques qui se posent pour les CSAPA :

- La liberté de choix des usagers et la perte de liberté causée par les conduites addictives, notamment lors de dépendance.
- La liberté de choix des usagers de leur accompagnement et du professionnel parfois limitée par la réalité de l'offre (par exemple le choix du psychologue de l'équipe, lorsque l'équipe n'a qu'un seul psychologue en son sein).
- La liberté de l'utilisateur dans le recours aux soins malgré les contraintes auxquelles il est parfois confronté comme les mesures de justice, en pré comme en post-sentenciel (obligation de soin / injonction thérapeutique), mais aussi les contraintes familiales, contraintes de l'employeur, etc.

⁷Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles

Enjeux économiques et organisationnels de l'accompagnement et des soins en CSAPA

Quelle est la commande de la société via la stratégie nationale de santé adoptée en 2017, les plans stratégiques propres à notre secteur (plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 en premier lieu), au plan national comme au plan régional (PRS et schéma régional principalement) ou local (contrats locaux de santé, projet territorial de santé, etc.), et les positionnements des autorités de contrôle et de tarification des CSAPA ?

Le décret du 14 mai 2007 ne précise rien en matière de temporalité des prises en charge et des accompagnements. Mais nous sommes bien obligés de nous poser les questions suivantes :

Comment réguler le flux de la file active et les délais d'attente ? En effet, d'un point de vue thérapeutique, les délais d'attente ne peuvent être trop longs. Certaines ARS demandent d'ailleurs que le premier rendez-vous puisse avoir lieu dans les 15 jours maximum qui suivent la demande.

Il s'agit ici de voir comment chaque établissement organise ses relais sur le territoire (identification des ressources territoriales, formation des acteurs, etc.) et quelles sont les possibilités de relais vers les structures extérieures comme les CMP, les médecins généralistes, les psychologues libéraux, ou encore les travailleurs sociaux de secteur, etc.

Il s'agit de poser la question de manière institutionnelle : Comment mettre en adéquation les missions et dispositifs des CSAPA, les exigences des autorités de contrôle et de tarification et les demandes de l'utilisateur ? Jusqu'où l'établissement va-t-il dans la réponse aux demandes des usagers ?

A quel moment doit-il réorienter vers l'extérieur ? Par exemple, est-ce que les CSAPA ont comme mission d'assurer une psychothérapie au long cours des usagers ? Quand et comment réorienter vers les CMP ou vers les libéraux sachant que certains usagers n'ont pas les moyens financiers (par exemple, payer une consultation de psychologue en libéral) ? Est-ce que la gratuité des consultations en CSAPA ne renforce pas des suivis prolongés au-delà des missions des CSAPA ?

Comment assurer, dans l'exercice effectif de l'interdisciplinarité des équipes médico-psycho-sociales, une veille et s'appuyer sur les connaissances scientifiques les plus récentes en matière d'accompagnement pour assurer le meilleur équilibre possible entre ressources de l'établissement et besoins de la population de son territoire ?

Zoom temporalité & traitement de substitution aux opiacés (la méthadone)

Afin de pouvoir répondre à toutes les demandes d'initialisation de traitement méthadone, il conviendrait de pouvoir orienter vers la médecine de ville les usagers « stabilisés » pour éviter que l'unité de délivrance méthadone sature. Dans l'idéal, une fois le traitement initialisé :

- L'utilisateur a un médecin traitant : le relais va être organisé vers celui-ci, si l'utilisateur est d'accord et si le médecin accepte le relais. Cela n'exclut pas, bien sûr, un accompagnement en parallèle au CSAPA, que ce soit un suivi addictologique, psychologique ou social.
- L'utilisateur n'a pas de médecin traitant : les équipes peuvent accompagner cette recherche pour favoriser le relais.

Toutefois, la réalité de certains territoires où le manque de médecin se fait cruellement sentir, est un frein aux relais de ville.

De même, certains médecins généralistes ne souhaitent pas de patients sous substitution dans leur patientèle.

Cela explique le fait que certains usagers qui se font délivrer leur traitement en pharmacie, restent suivis par des médecins du CSAPA et fréquentent l'établissement parfois plusieurs années.

Enjeux psychologiques de l'accompagnement et des soins en addictologie

1. L'accompagnement en addictologie : la question du lien et de la séparation est centrale

Les conduites addictives sont souvent définies comme une pathologie du lien qui vient colmater l'angoisse de séparation et tenter de l'éviter : angoisse fondamentale liée à l'absence, à la perte, que tout être humain doit apprendre à surmonter. En effet, tout individu doit être capable de vivre le va et vient de l'autre, donc de vivre une part d'incertitude propre à toute relation et faire face à certains dangers ou expériences douloureuses de son existence comme les séparations, les pertes, les deuils... Les théories sur l'attachement de Donald Winnicott⁸ décrivent ce travail de maturation psychologique que tout être humain doit accomplir, celui de devoir satisfaire un besoin fondamental de sécurité, qui au début, est assuré par la proximité de figures d'attachement attentives au besoin de protection du bébé. Puis, tout individu va devoir apprendre à supporter l'absence de ces figures d'attachement et ainsi, développer une base interne de sécurité nécessaire à l'ouverture sur le monde extérieur.

Ce travail de séparation-individuation nécessaire à la construction de l'identité de l'individu n'est pas sans peine, et la relation à la figure d'attachement peut souvent être *insécure* :

- Quand la figure d'attachement a été trop absente, imprévisible, instable ;
- Quand la figure d'attachement a été trop présente, quand elle empêche la séparation d'avoir lieu, et ainsi de l'éprouver.

L'addiction peut être définie comme le produit nécessaire de la difficulté à élaborer l'angoisse d'abandon. L'accompagnement en addictologie remet en scène cette thématique du lien, de la relation au produit, de la relation à l'autre, et de la séparation. Le travail de (re)valorisation de l'image de soi et d'individuation est au cœur de l'accompagnement et des soins, il va pouvoir avoir lieu grâce à une relation thérapeutique suffisamment sécurisée.

2. L'accompagnement en addictologie : accepter que le professionnel /l'établissement devienne le « produit de substitution » pour certains usagers qui auront des difficultés à se séparer... ?

Selon les théories de l'attachement, il s'agit pour le thérapeute de laisser l'utilisateur régresser jusqu'au stade de la dépendance et d'accepter de devenir « un substitut du produit ou un produit de substitution »⁹ de manière temporaire voire permanente dans certains cas.

« L'enjeu est de reconstituer quelque chose de l'ordre du maternage de la première enfance et de favoriser la reprise des processus de développement qui ont été perturbés à l'étape de la séparation-individuation du fait d'une inadéquation ou d'une faillite de l'environnement précoce. C'est alors seulement que le patient pourra à son rythme engager le travail de séparation et poursuivre son chemin vers l'indépendance (...) »

Le sentiment de gratitude/redevabilité de l'utilisateur peut engendrer aussi des difficultés à se séparer du professionnel ou de l'équipe.

3. L'accompagnement en addictologie : accepter de se questionner sur sa propre relation à la dépendance, au lien avec l'utilisateur, à notre propre angoisse de séparation et d'abandon ?

Une question semble essentielle : dans les pratiques et dans les propositions thérapeutiques, les professionnels développent-ils des contre-attitudes qui vont maintenir l'utilisateur dans le non-changement et dans la répétition de ses conduites addictives ? Il est donc nécessaire pour les équipes de mettre en mots l'éprouvé, et d'avoir un cadre pour analyser les éventuelles contre-attitudes (ex : la supervision d'équipe avec un superviseur extérieur, éviter les accompagnements avec un seul professionnel). En

⁸Pédopsychiatre et psychanalyste britannique, 1896-1971

⁹Rigaud, A., (2001). La perspective psychanalytique, Les étapes de la prise en charge d'un patient alcoolodépendant, Conférence de consensus.

effet, on entend parfois dire que l'institution, si on n'y prend pas garde, a tendance à souffrir de la même pathologie que les usagers accueillis. « Une institution qui ne se pense pas risque à terme de développer les mêmes pathologies qu'un individu (...).¹⁰

En CSAPA, comment sont gérées les absences justifiées ou non des usagers ? Un courrier de relance est-il envoyé ? Après combien d'absences ? Que dit ce courrier ? Comment est posé et retravaillé le cadre du projet personnalisé et du document individuel d'accompagnement ? La relance pourrait-elle être parfois une contre-attitude, et pourquoi le serait-elle ? La question peut se poser aussi pour le rappel de rendez-vous par SMS...

Les équipes peuvent aussi se questionner autour du concept un peu provocateur de « rémission naturelle ». « L'idée que la majorité des alcooliques ou des toxicomanes sont capables de venir à bout de leur addiction sans avoir recours à une importante aide professionnelle fait de nombreux sceptiques chez les professionnels et dans l'ensemble de la population. Cette idée ne remet pas en question la nécessité d'une diversité d'options thérapeutiques et d'un réseau thérapeutique différencié. Les thérapeutes ont encore leur raison d'être et peuvent contribuer à la rémission naturelle par le biais d'interventions brèves et/ou en facilitant les processus d'auto-évaluation (...). Plus précisément, (...) les thérapeutes peuvent contribuer à la rémission naturelle en aidant les individus à se fixer des objectifs de changement réalistes, leur évitant ainsi le syndrome du faux espoir ».¹¹ Cette réflexion peut s'élargir aujourd'hui à toutes les conduites addictives et à la réduction des risques et des dommages.

Et si les fins d'accompagnement se préparaient dès le début ? Etapas et outils de l'accompagnement en CSAPA

Au sein des CSAPA, le projet personnalisé fixé AVEC l'utilisateur est un support au travail de séparation-individualisation déjà largement utilisé par les équipes. En effet, le projet personnalisé suppose deux parties, donc il individualise. Il permet de fixer des objectifs d'accompagnement et de soins qui permettent régulièrement de faire le point avec l'utilisateur, de (re)mettre en mots sa demande, de le replacer dans une temporalité donc dans du désir qui, on en fait l'hypothèse, pourra l'éloigner progressivement de son désir de produit.

Projet personnalisé et document individuel d'accompagnement (DIA) et temporalité

La démarche de projet personnalisé est une démarche dynamique animée par les principes suivants :

- La co-construction du projet personnalisé est issue d'un dialogue régulier, en tenant compte de l'évolution constante des attentes, potentiels, maturité, état de santé, contexte etc.
- La participation la plus forte de la personne est recherchée : ne pas « prescrire », « faire à la place de », demander un « consentement » mais « faire avec », notamment sur la base d'informations adaptées à la personne, car un usager informé, qui comprendra sa situation, pourra d'autant mieux construire et être acteur son projet.
- Une dynamique projet souple et adaptée à la personne avec un projet personnalisé ouvert aux événements, aux nouvelles attentes et opportunités, aux « incidents de parcours ».

¹⁰Marty, F. (2007). L'institution de soin : un espace psychique interne. Psychotropes, vol. 13,(1), 99-113.

¹¹Klingemann, H. & Klingemann, J. (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. Psychotropes, vol. 14,(3), 111-126.

- L'ensemble des professionnels est concerné par le projet personnalisé puisqu'il s'agit d'un travail d'équipe, avec partage des informations utiles à la qualité et la continuité de l'accompagnement et des soins.
- Plus les parties prenantes sont nombreuses, notamment l'entourage, plus il faut veiller à l'expression de la personne. A noter que par ailleurs les personnes de l'entourage peuvent être accompagnées elles-mêmes en CSAPA.

Les principes du projet personnalisé sont :

- Un accueil personnalisé, adapté à chaque usager dans sa singularité.
- Des modalités de communication des documents d'information adaptées à la singularité de chaque usager : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés et ses annexes.
- Un document individuel d'accompagnement¹² (DIA et avenants).
- Un dossier individuel¹³ organisé et mis en œuvre pour chaque usager de manière à garantir la cohérence et la continuité de son accompagnement ainsi que la confidentialité des informations.

Le document individuel d'accompagnement, dressé dans les 15 jours qui suivent l'admission de l'usager pour une durée maximale de 6 mois, est actualisé à minima annuellement par avenant et autant que nécessaire, notamment en termes de changement d'objectifs de l'usager. Il prévoit :

- Les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures ;
- La définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de l'accompagnement et des soins ;
- La mention des prestations d'action sociale ou médicosociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées.

Il contient les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation.

En conclusion, la temporalité du projet personnalisé se décline par un DIA et ses avenants rédigés avec l'usager.

C'est dire le travail important à réaliser en début d'accompagnement et de soins d'un usager.

Quelques pistes supplémentaires de réflexion :

- Les objectifs d'accompagnement pourraient être plus précis afin d'être mieux évalués, et se décliner par exemple en objectifs complémentaires et successifs, soit des objectifs à court, moyen et plus long terme applicables à toutes les addictions :
 1. Les objectifs centrés sur les modalités de consommation,
 2. Les objectifs centrés sur le rapport au produit,
 3. Les objectifs personnels centrés sur le mieux-être.

¹²Le DIA est le document individuel de prise en charge prévu dans le [décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004](#) relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

¹³[Guide Repères ANPAA – Qualité du dossier de l'usager](#) en établissement médico-social relevant de l'addictologie (sept 2016) et [décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004](#) relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

- Les principes de l'éducation thérapeutique du patient¹⁴ déjà utilisés dans certains CSAPA, sont propices à la détermination d'objectifs séquencés permettant des bilans réguliers avec l'utilisateur, et la décision de la fin ou de l'interruption de l'accompagnement.
- Comment est rédigé le DIA dans les CSAPA ? Par qui ? Quand ? Comment l'utilisateur est-il aidé dans la formulation de son projet personnalisé ? Comment ce projet est-il évalué ? A quelle fréquence ? Par qui ? Afin d'inclure un tiers dans la relation « soignant-soigné », certaines équipes proposent de faire des bilans (à 3 mois, 6 mois, 1 an) avec d'autres personnes que le professionnel de référence.
- A noter que la fin de l'accompagnement avec un professionnel du CSAPA ne signifie pas pour autant la fin du suivi au CSAPA (exemple : l'accompagnement médical peut s'arrêter mais pas le psychologique, ou l'accompagnement individuel peut s'arrêter mais pas la participation de l'utilisateur aux activités de groupe ...). Dans certains territoires, les activités de groupe organisées par le CSAPA viennent répondre au besoin final de lutte contre l'isolement social, à défaut d'autres dispositifs.¹⁵
- Aussi, la fin de l'accompagnement en CSAPA ne signifie pas nécessairement la fin du parcours d'accompagnement et de soins des usagers, et ceux-ci pourront être réorientés à l'extérieur en fonction de leurs besoins (ex : médecin généraliste, psychiatre, CMP, groupes néphalistes, maison de quartier, etc.). Comment les relais avec les partenaires extérieurs sont-ils organisés au niveau du territoire ?
- Aussi, la fin de l'accompagnement ne peut jamais être définitive : l'établissement reste à la disposition des usagers qui en éprouveraient le besoin.

Est-ce au professionnel ou à l'utilisateur d'amorcer la question de la fin de l'accompagnement ?

Quand l'utilisateur ne vient plus à ses rendez-vous, cela peut être le signe d'une prise d'autonomie et l'aboutissement de son projet d'accompagnement et de soins. Mais si les professionnels laissent faire le travail de fin d'accompagnement uniquement par l'utilisateur (il ne vient plus à ses rendez-vous), ne passe-t-on pas à côté d'une formidable occasion de mettre en mots une expérience souvent vécue difficilement dans le passé ? Mais qui, avec le travail d'élaboration entrepris avec le professionnel, peut déboucher sur de nouvelles perspectives moins douloureuses ?

Comme pour le « sevrage » au produit, n'est-il pas nécessaire d'accompagner l'utilisateur dans son travail de « sevrage » de l'établissement plutôt que d'attendre qu'il ne vienne plus et qu'il devienne « un perdu de vue » ? Peut-être que ce sevrage ne sera jamais possible, mais il sera dit...

Il s'agira parfois de convenir avec l'utilisateur d'espacer les rendez-vous, de convenir d'un entretien annuel (ou autre fréquence), de garder le lien minimum rassurant et nécessaire à son équilibre et ainsi de prévenir un éventuel retour en arrière. Ce lien à garder ne doit pas nécessairement être un lien duel entre un utilisateur et un professionnel, il peut aussi se décliner sous la forme de la participation de l'utilisateur à des activités de groupe au sein de l'établissement¹⁶. Cela fera partie des avenants du DIA à formaliser avec l'utilisateur.

En s'inspirant des « hospitalisations programmées pour patients alcoolo-dépendants », où le cadre est posé dans une temporalité clairement repérée (une semaine tous les deux, trois ou quatre mois), peut-on prévoir dans les pratiques ambulatoires un cadre de fin d'accompagnement ?¹⁷

¹⁴ Fiche repères ANPAA « L'éducation thérapeutique du patient à l'ANPAA », novembre 2016

¹⁵ Guide Repères ANPAA « Groupes à visée thérapeutique », novembre 2015

¹⁶ Idem 14

¹⁷ Tonnelier, S., Lemaire, C. et Bodenez, P. (2011). « Les hospitalisations programmées pour des patients alcoolo-dépendants : une façon de redonner un mouvement au temps ? », Psychotropes, vol. 17, no. 2, pp. 75-88.

Comment terminer un accompagnement ?

Par un retour sur le parcours effectué, un bilan des changements accomplis et les compétences acquises pour les maintenir ;

Par une réorientation éventuelle vers un professionnel extérieur (ex : psychologue en CMP ou en libéral, médecin généraliste, travailleur social de secteur, etc.).

La question spécifique de l'accompagnement des adolescents

Il est préférable avec les jeunes de convenir d'un nombre de rencontres précis et limité plutôt que laisser l'adolescent ne plus venir aux consultations. En effet, cela lui permettra, s'il en ressent le besoin de poursuivre l'accompagnement ou plus tard, de reprendre contact avec un thérapeute dont il aura appris qu'il ne proposera pas un accompagnement au-delà de ce que lui-même souhaite.

En conclusion

Il appartient à chaque équipe, sous la responsabilité du chef d'établissement et du médecin coordinateur, de créer « son espace à penser » et ainsi pouvoir se poser les questions abordées dans cette fiche

Repères :

- Comment questionner la capacité des équipes à devenir, pour leurs usagers, le produit de substitution de manière temporaire ou permanente ?
- Comment questionner la capacité des équipes à se séparer de leurs usagers ?
- Comment mettre en mots la fin ou l'interruption de l'accompagnement avec l'utilisateur ? Quand ? Qui ?
- Comment est utilisé le DIA ?
- Comment sont déterminés les objectifs de l'accompagnement ? Comment sont-ils évalués ?
- Comment inscrire la question de la temporalité des accompagnements dans les pratiques et le projet d'établissement ?
- ...

Ces questions peuvent être posées à l'échelle régionale¹⁸ mais aussi aux usagers (via les questionnaires de satisfaction ou réunion d'expression des usagers).

¹⁸Exemple ANPAA de la Région Bourgogne Franche-Comté.