

**Le contrat de soin
l'alliance
thérapeutique
l'adhésion aux soins**

La communication avec le patient

l'information, le consentement à travers la loi du 4 mars 2002.

Le principe du consentement, principe central en éthique médicale y est réaffirmé dans les démarches de soins de manière à associer les patients aux décisions les concernant.

Le consentement doit être sous-tendu par une information de qualité à laquelle tout professionnel de santé est tenu.

Le consentement

Le consentement a alors deux fonctions:

- traduire la libre décision de la personne de participer aux soins ou à la recherche (ne subissant aucune influence et étant capable de décision)**
- attester que le soignant a bien respecté un processus d'information de la personne sur la nature des soins ou de la recherche, ses objectifs, et les contraintes voire les risques subis.**

LA RELATION DE CONFIANCE

- Le mot «relation » est défini par le rapport ou le lien entre deux êtres ou deux choses. Quant au terme de «confiance», le dictionnaire nous dit que c'est le fait de croire avec assurance, de se fier à quelqu'un.
- Elle s'identifie selon trois facteurs :
 - L'engagement d'au moins une des personnes.
 - Le respect mutuel des personnes en relation.
 - La volonté de s'engager et négocier ce processus de risque pendant un certain temps.
- La notion de processus nous informe qu'il ne s'agit pas seulement d'établir une relation de confiance mais de lui permettre d'apparaître, de se développer et de se maintenir.

Alliance thérapeutique

Alliance : Union par engagement mutuel

Alliance thérapeutique : Relation de confiance qui s'est instaurée entre le patient et le soignant.

Les professionnels

- **La composition d'une équipe dépend du public cible,** de la pathologie et de la nature des compétences à acquérir par le patient. Elle est donc multiple et intègre des professionnels de tous horizons comme par exemple médecin, infirmier, psychologue, assistante sociale...
- Qu'elle soit réalisée au cours d'un séjour hospitalier ou en ambulatoire, l'approche globale et coordonnée des intervenants offre au patient une plus-value dans le suivi de la maladie chronique.
- **Le partage des informations entre les différents intervenants et les modalités de suivi du programme** ont lieu par l'intermédiaire d'un dossier.

LA QUALITÉ D'UN PROGRAMME DOIT

- **Être centrée sur le patient** élaborée avec lui, en impliquant ses proches et intégrée à sa vie quotidienne
- **Être issue d'une évaluation des besoins**
- **Être réalisée par des professionnels de santé**
- **Faire partie intégrante de la prise en charge de la maladie**
- **Être scientifiquement fondée**
- **Être définie en termes d'activités et de contenu**, être organisée dans le temps et réalisée par divers moyens éducatifs
- **Être accessible à différents publics** et s'adapter au profil éducatif et culturel de chaque patient
- **Faire l'objet d'une évaluation individuelle** et du déroulement du programme.

En pratique

- Aider au changement:

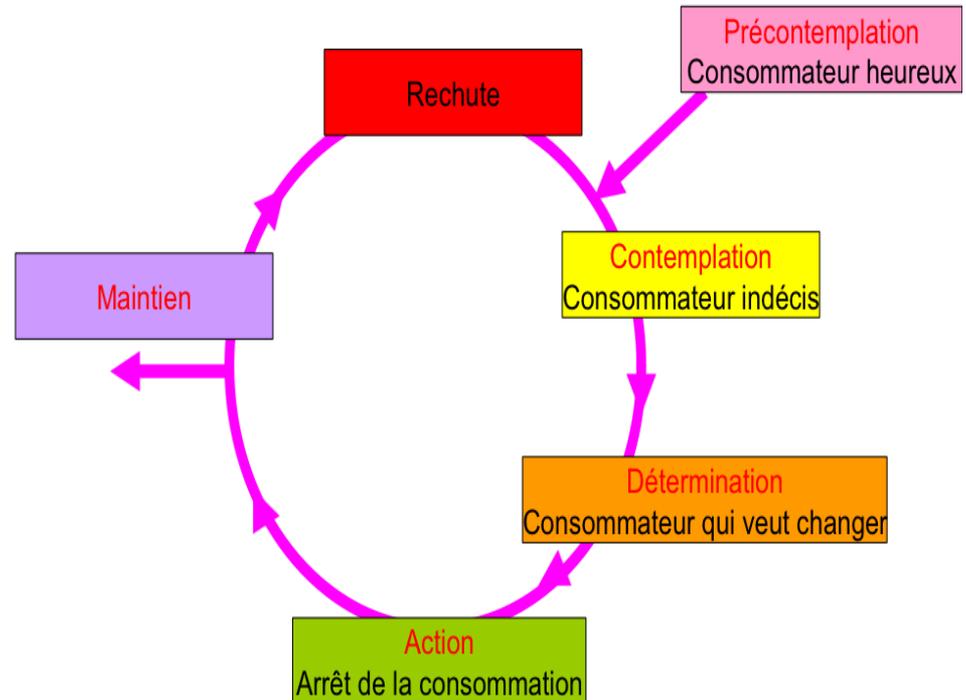
Pour motiver un patient à changer, il faut d'abord connaître où il se situe dans les étapes du changement.

Les étapes du changement

- **Les étapes du changement**

- 1-Non-implication (pré contemplation)
ça ne me concerne pas
- 2-Réflexion (contemplation)
Je sais, je dois
- 3-Décision d'un changement
Je veux, je peux (détermination)
- 4-Action :Initiation du
Changement, Je fais
- 5-Maintient du changement
Je poursuis
- 5-Intégration
Je n'y pense même plus
- 6-«Rechute»
Je craque, je renonce

Les six étapes du changement de J. Prochaska et C
DiClemente



Les étapes méthodologiques

- 1- élaborer un diagnostic éducatif
- 2- définir un programme personnalisé
- 3- planifier et mettre en œuvre des séances individuelles et/ou collectives
- 4- réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme

Qu'est-ce que la compétence ?

- **des savoirs théoriques** (savoir comprendre, savoir interpréter)
- **des savoirs procéduraux** (comment procéder)
- **des savoir-faire procéduraux** (savoir procéder, savoir opérer)
- **des savoir-faire expérimentiels** (savoir y faire, savoir se conduire)
- **des savoir-faire sociaux** (savoir se comporter)
- **des savoir-faire cognitifs** (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Les compétences a acquérir

- **Faire émerger les besoins du patient**, déterminer ses buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage;
- **Comprendre sa maladie**, savoir expliquer ses répercussions et les principes du traitement
- **Repérer, analyser et mesurer**
- **Faire face et décider**
- **Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne**
- **Pratiquer**
- **Adapter et réajuster**
- **Utiliser les ressources du système de soins** et faire valoir ses droits.

LA FINALISATION DU PROGRAMME

- **Après avoir décidé des compétences à acquérir et des objectifs à atteindre**, l'entretien se poursuit par la rédaction d'un contrat inséré dans le dossier éducatif.
- L'infirmière organise le contenu avec le patient, dans un ordre logique, par séquences qui correspondent aux incontournables de la pathologie, aux capacités et temps disponible de la personne et aux ressources du service.
- **La séance se termine par la programmation avec le patient des séances** selon un agenda en précisant les modalités pratiques.: horaires, lieux, intervenants, documents ou éléments nécessaires.

Typologie des techniques pédagogiques

- Domaine cognitif ==• Travailler sur la connaissance, l'analyse et le raisonnement ou Provoquer la réflexion et prendre des décisions.
== *brainstorming*
- Domaine sensorimoteur ==• Travailler sur les habilités gestuelles. == Atelier cuisine, activités physiques, simulation technique et travaux pratiques.
- Domaine psychoaffectif ==• Travailler sur les attitudes et les représentations ou faire verbaliser le vécu et les émotions ou faire vivre des situations.
==Jeux de rôle, méthode Photo langage®, table ronde, marionnettes, atelier de relaxation

Les techniques pour l'évaluation des apprentissages

- Objet de l'évaluation, ce qu'il a compris:
la mémorisation, l'interprétation des données, l'organisation des connaissances, la résolution de problème.
Exemple : reconnaître les signes avant-coureurs de l'hypoglycémie.
Ce qu'il sait faire: le savoir-faire, un geste, une procédure.
Exemple: faire une démonstration de change d'une poche de stomie.
Comment il vit avec sa maladie: les représentations, les attitudes et le comportement, la prise de décision.
Exemple: éviter une situation de stress.
- Outils/techniques: Questionnaire, questions à choix multiples, questions à réponses ouvertes courtes, questions vrai faux, cartes de Barrow*, cartes conceptuelles. Check-list, grilles d'évaluation, observation de patients à partir de critères spécifiques (grilles d'observation analytiques, échelles de mesure), démonstration, vidéo. Échelle visuelle analogique (EVA), échelle d'attitude (de Likert)** , grille d'observation, questionnaire de satisfaction, de qualité de vie, à questions fermées, technique de la cible

Bénéfices de l'alliance thérapeutique

- ***Pour le patient :***

- *-Diminution des complications*
- *-Amélioration de la qualité de vie*
- *-Plus grande autonomie*
- *-Sentiment de sécurité augmenté*

- ***Pour le soignant :***

- Meilleure observance du traitement
- Résultats thérapeutiques améliorés
- Communication facilitée
- Plus grande satisfaction des malades

En pratique

- Un cadre souple et structurant
- Une intentionnalité de soins
- Un accord sur les buts à atteindre
- Un accord sur les tâches à accomplir
- Un lien affectif
- Un thérapeute référent
- Un engagement

Cadre législatif

- Rôle propre infirmier :
 - entretien d'accueil art.R.4311-5
 - aide et soutien psychologique
 - entretien du patient et de son entourage
art.R4311.6
 - entretien individuel sur prescription
art.R.4311.7

Modalités au CSAPA

L'accueil et la prise en charge des usagers de drogues est régi par la loi du 31 décembre 1970 :

- Libre adhésion
- Gratuité des soins
- Anonymat

Entretien Infirmier

- Rencontre avec le patient et démarche active pensée, réfléchie et construite.
- Complémentaire de l'entretien médical
- Fait partie d'un programme thérapeutique déterminé en équipe pluridisciplinaire.
- Différents entretiens infirmiers :
 - entretien d'accueil, de recueil de données
 - entretien informatif, de conseil, éducatif
 - entretien d'écoute à chaud ou de crise
 - entretien d'aide

Contrat de soin méthadone

PROGRAMME METHADONE

CONTRAT DU PATIENT

Je soussigné(e)

prends acte que le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse s'engage à m'inclure dans son programme Méthadone,
prends acte que le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse s'engage à m'accompagner et à me soutenir sur les plans
médical, psychologique, et social, déclare être volontaire pour intégrer le programme Méthadone du CSAPA de
l'Hôpital de la Croix-Rousse, et m'engage à : venir quotidiennement, 5 jours sur 7, en début de traitement, afin de
prendre
ma prescription de Méthadone, ne pas consommer d'autre substance que la Méthadone prescrite, qu'elle soit
illicite ou licite, y compris les médicaments, sauf accord préalable du médecin, ne pas détenir d'autre produit
stupéfiant que la Méthadone prescrite, me soumettre aux contrôles nécessaires qui me seront demandés afin de
vérifier que je ne prends pas d'autre produit que la Méthadone prescrite par le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-
Rousse, ou les traitements autorisés par le médecin, accepter un suivi médico-psycho-social régulier, respecter les
heures de rendez-vous qui me seront fixés par les différents intervenants de l'institution, ne pas être menaçant ou
violent à l'égard du personnel soignant et des usagers fréquentant l'institution, respecter les prescriptions du
médecin, accepter les bilans d'évaluation réguliers et les conclusions de ces bilans, accepter après stabilisation, un
relais de prescription de Méthadone par un médecin traitant et sa délivrance par une pharmacie de ville. Je prends
note que le non-respect de ces engagements remet en cause mon maintien dans le programme Méthadone et
peut entraîner son arrêt immédiat comme définitif.

Fait à Lyon, le

"Lu et approuvé"
le patient

"Lu et approuvé"
le médecin du CSAPA

Charte du consultant

- **CHARTRE DU CONSULTANT AU CSAPA DE L'HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE**
- **Centre pour Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie**
- Madame, Monsieur,
- Vous avez choisi de vous adresser à notre centre de soins. Nous nous efforçons de répondre au mieux à vos attentes.
- **Cette charte est rédigée afin que nous puissions remplir notre mission de soins à votre égard, dans les meilleures conditions de prise en charge et de sécurité.**
- A cet effet et dans l'intérêt de tous, nous vous rappelons que :
- **« Tout patient est une personne avec des droits et des devoirs.... »**
- Merci par conséquent, de respecter les règles de civisme et particulièrement celles rappelées ci-dessous :
- Dès l'entrée dans l'Hôpital et dans le centre, veillez à :
- Respecter l'hygiène des locaux en utilisant les poubelles.
- Eteindre votre cigarette (interdiction de fumer dans les lieux publics, décret du 15 novembre 2006).
- Ne pas introduire de **boissons alcoolisées, substances illicites, ou armes** (y compris les armes blanches). L'ensemble de ces produits et objets, est **strictement** interdit à l'Hôpital.

- Venir **sans chien**, ni animaux. Ils ne sont **pas admis** dans l'établissement (article R 1112-48 du code de la Santé publique).
- Pour vos rendez-vous, merci d'être à l'heure. En cas d'empêchement, prévenez le service au 04 26 73 25 90.
- Eviter les conversations bruyantes et l'usage de radios ou autres appareils sonores (article R.1112-55 du Code de la Santé Publique) ; la salle d'attente est un lieu dont il faut préserver le calme pour ne pas gêner les consultations.
- Préserver et respecter les locaux et le matériel du service (article R. 1112-50 du Code de la Santé Publique).
- Ne pas être menaçant ou violent à l'égard des personnels soignants et des autres usagers. Si vous rencontrez des difficultés, parlez-en calmement au personnel présent.
- En cas de non observation ou non respect de ces règles, vous vous exposez à une exclusion temporaire, voire définitive, du centre et de l'Hôpital (article R-1112-49 du Code de la Santé Publique).
- Tout incident grave, tel que menaces, agression, détention d'arme... nous conduira à faire intervenir les forces de Police.
- **MERCI DE VOTRE COMPREHENSION**

La Réduction Des Risques et des Dommages

Lois, programmes et pratiques qui visent à réduire les conséquences néfastes de la consommation de substances psychoactives

santé

socio-économique

Pour les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer

La RDR c'est différents outils

De prévention et d'éducation : Pour Informer et sensibiliser, dépister et traiter

D'évaluation (« se situer ») : verre standard / éthylotest / élimination / autotest équilibre

Des médicaments : TSO, Naloxone, Substitution nicotinique, Baclofene et sélincro, PrEP et TPE

Du matériel : Stéribox®, Roule-Ta-Paille, pipe à crack, préservatifs, eCIG + vapo CNB, herbe sans nicotine, feuilles à rouler plus fines, MAD ..

Autours des produits : analyse SINTES (dispositif TREND/OFDT), veille sanitaire et addictovigilance

HISTORIQUE (1)

L'urgence de l'épidémie de SIDA dans les années 80

Emergence d'une nouvelle approche chez les intervenants en «toxicomanie»

volonté de réduire les risques de contamination par le VIH chez les UDVI

une stratégie de Santé Publique novatrice s'impose.

Depuis, la RDR connaît de profondes évolutions.

1987 : «Décret Barzach» → Outil emblématique : mise à disposition du matériel stérile à usage unique → vente libre en pharmacie

1994 : Création des CSST (ancêtre des CSAPA) / Premier centre méthadone

1995 : arrêté autorisant la distribution de seringues stériles à titre gratuit avec programmes d'échanges.

HISTORIQUE (2)

2004 : arrivée d'un cadre légal avec inscription dans la Loi de Santé Publique -
mais SEUL objectif → la réduction du risque infectieux

2008 : Décret de décembre

Rend obligatoire la mission RDR en CSAPA

Vient donner des éclairages sur les pratiques et évolutions en CSAPA

Evolutions et changements, de paradigme et de posture.

2016 : Loi de modernisation du système de santé

Elargissement du périmètre à l'ensemble des dommages et à l'ensemble des substances psychoactives (licites et illicites)

On parle de "réduction des risques et des dommages" (RdRD)

La RDR au CSAPA de la Croix Rousse

A l'entretien d'accueil

Evaluation / Conseils sur les consommations (Basage cocaïne, injections, paille partage de matos)

Proposition de TROD (VIH, VHC, VHB)

Accès au matériel de consommation

En délivrance de TSO :

Education symptômes de manque opiacés

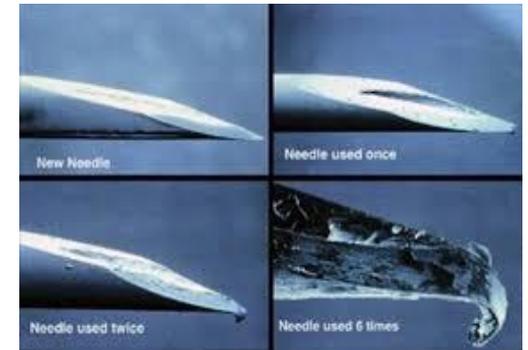
Réévaluation des consommations / modes de consos

Ajustement des doses de TSO / poursuites de délivrance si retard ou surconsommations sur analyses d'urine

Proposition de matériel (kit injection, roule ta paille, pipes à crack, œufs, préservatifs, gels)

Accès au Kits contre overdoses opioïdes : Nyxoid / prer

Orientations urgence pour cas de surinfection d'abcès



En consultation de suivi infirmier

Proposition de matériel à moindre risque (Roule ta Paille) , MAD (dispositif d'atomisation)



Au Quotidien

Dépistage des hépatites et VIH avec campagnes pour dépistages TRODs (VHC, VHB, VIH)

Vaccinations VHA, VHB, tétanos, Grippe, COVID, Variole du singe en collab avec le CEGGID

Injections neuroleptiques

Dépannage psychotropes (BZD, ATD, Neuroleptiques)

Soins de plaies et pansements / avis infirmière stomathérapeute / orientation urgence

Prises de sang en jugulaires pour patients de la place lyonnaise avec accès veineux compliqué; protocole de coopération en cours

Hors les murs /aller vers : Dépistage et orientation vers le soin : CSS, LRE

Rôle de collaboration et d'orientation :

Orientation vers les CAARUD (Ruptures, Pause Diabolo)

Orientation vers les CeGGID (dépistage IST, PREP, vaccinations MonkeyPox)

Orientation vers associations d'auto supports (keep smiling, AA, NA, DASA ...)

Malgré cela,

Persistance des pratiques à risques :

Données Etude TRABOUL (2020), Baptiste David

Partage du matériel (environ 25% des patients interrogés du CSAPA)

Réutilisation du matériel (environ 75 % des patients interrogés du CSAPA)

injection dans l 'espace public (environ 75% des patients interrogés du
CSAPA

Conséquences des injections





DUPRENT HOSPITALIER NORD
Hopital de la Croix-Rouge
17, rue de la Croix-Rouge
FINESS : 690 784 157
Service d'endocrinologie
et de diabète
17, rue de la Croix-Rouge
69003 Lyon



Hopital Croix de Lyon



Depuis 2021...

-
-
-
-
-
- Campagnes de dépistage avec accès aux TRODs
- Création d'un mi-temps infirmier de coordination RDR

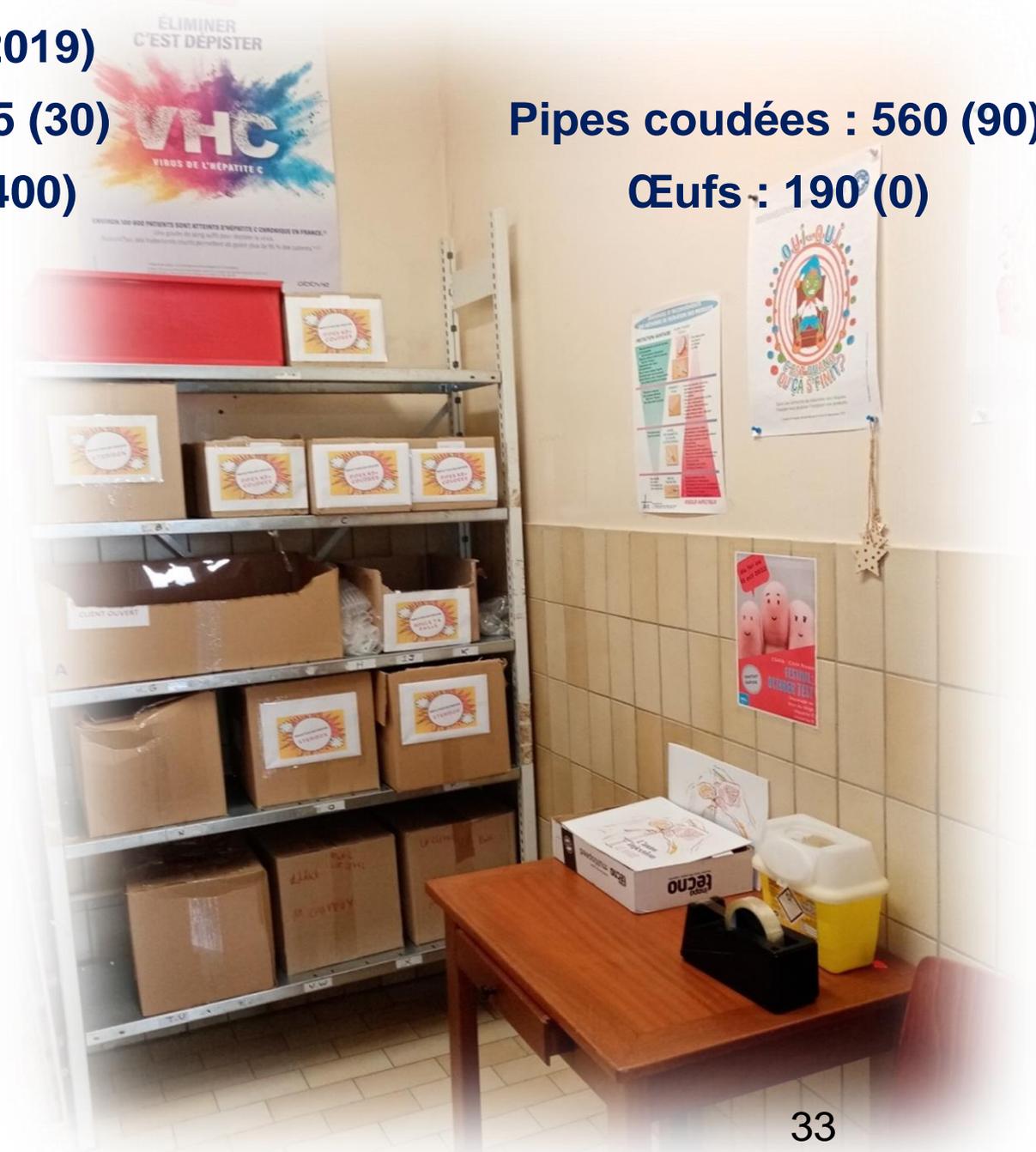
Chiffres 2022/ (2019)

Nb patients : 105 (30)

Kits inj : 1300 (400)

Pipes coudées : 560 (90)

Œufs : 190 (0)



Matériel de RDR - Budget spécifique



l'ŒUF^{Kb}

Zéro risque

écologique

économique

100% usagers

fabriqué en France

Kb+ 85 avenue de la République 59160 Lomme - France
+33 (0) 3 740 96 740 - contact@kbplus.org - www.kbplus.org

bpi france

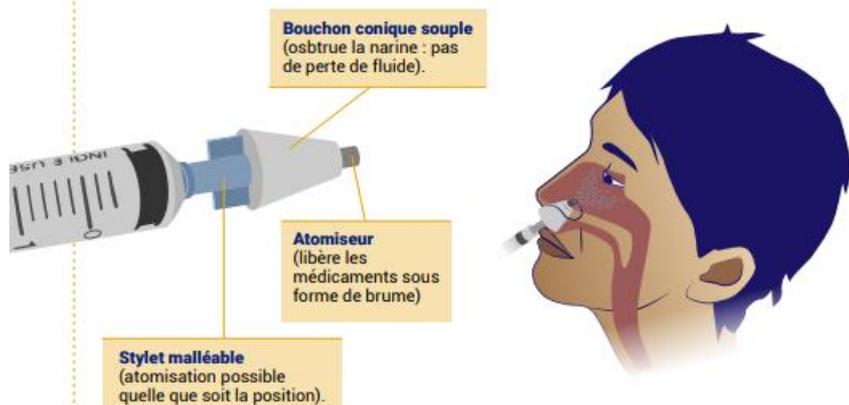
Chimie Lille

inpi

Le MAD, comment ça marche ?

Le MAD (Dispositif d'atomisation de la muqueuse nasale) est un **dispositif utilisé en milieu hospitalier**. Il **atomise le produit en une fine brume** de particules de 30 à 100 microns.

- Il est conçu pour **optimiser l'absorption à travers la muqueuse nasale** afin d'améliorer la biodisponibilité des produits et offrir une **action rapide**.
- Grâce à sa conception conique en matériau souple, le MAD forme un joint qui vient **obstruer la narine empêchant les fuites de liquide**.
- Il est malléable ce qui **rend possible l'atomisation quelle que soit la position** de l'utilisateur et il **optimise la précision du dosage**.



L'utilisation du MAD en 5 étapes !

1 Nettoyer vos mains et la surface de préparation

Lavez-vous les mains à l'eau et au **savon** et/ou utilisez une **lingette à la chlorhexidine**. Nettoyer la **surface où vous allez préparer le produit**.



2 Préparer le produit



Bien écraser le produit pour obtenir une **poudre très fine** (préparez l'équivalent de la quantité que vous souhaitez consommer, si vous pouvez pesez-là).



Dissoudre le produit. Mettez le produit dans la **cup** et **ajoutez de l'eau PPI** (adaptez la quantité d'eau à la concentration voulue).



Mélanger le produit **jusqu'à totale dissolution**.



Monter le **filtre** sur la **seringue**.

Aspirer le produit le produit à l'aide d'un **filtre à membrane** (Le MAD **se bouche** et devient **inutilisable** si le produit n'est pas filtré. De plus, la filtration **enlève les bactéries et champignons** de la solution).



Retirer le filtre et monter le **MAD** sur la **seringue**.

Matériel de RDR fourni par l'hôpital



LES CAMPAGNES DE DESPISTAGES 2022



LA PRISE EN CHARGE ET LA REDUCTION DES RISQUES

CSAPA Croix Rousse

Accès aux soins

- Suivi médical
- Consultations grossesse et addictions
- Soins de plaies d'injection, IM, prises de sang...
- Dépistages
- Vaccinations
- Entretiens IDE

Accès aux droits communs

- Assistantes Sociales:
- AME: Aide Médicale D'état,
 - CSS Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C)
 - AAH Allocation Adulte Handicapé
 - Accès PASS
 - Démarches cure / post cure
 - Café rencontre

Accès au matériel de consommation à moindre risques + conseils.

- Matériel d'injection
- Matériel inhalation
- Kits de Naloxone
- Conseils sur réduction des risques à la consommation

Communications sur la RDR

Orientation vers les CAARUD (Ruptures, Pause Diabolo)

Orientation vers les CEGGID (dépistage, PREP)

Orientation vers association auto supports
(keep smiling, AA, NA, DASA ...)

Orientation centre de santé sexuelle avec co-
animation avec KS tous les premiers
mercredi de chaque mois.

Prescription PrEP csapa et CSS

Bibliographie

kit spray nasal, Association SAFE, Dec 2022
<https://safe.asso.fr/index.php/218-mad>

L'Œuf, KB+Kit ingénierie pour la RDR Dec 2022,
<https://kbplus.org/loeuf/>

Evaluation des pratiques de consommation des usagers de drogues de la métropole lyonnaise en vue de l'ouverture d'une Salle de Consommation à Moindre Risque: Etude TRABOUL, Thèse d'exercice en médecine, Baptiste David, juin 2022

Petite histoire de la distribution et de l'échange de seringues en France, Nov 2022 <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/therapeutiques/reduction-des-risques/114-petite-histoire-de-la-distribution-et-de-lechange-de-seringues-en-france.html>

La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues, 24 oct 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

- **PROJET DE MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS COCAÏNOMANES ET DEPENDANTS DES NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE PSYCHOSTIMULANTS AU SEIN DU CSAPA DU GROUPEMENT HOSPITALIER NORD**
- **I/ - Présentation du CSAPA**
- Le **CSAPA** (Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie) est une des unités de soins ambulatoires du service d'Hépatologie et Gastroentérologie du Pr. Fabien ZOULIM au sein du Groupement Hospitalier Nord des Hospices Civils de Lyon.
- Le CSAPA est situé sur le site de l'Hôpital de la Croix-Rousse.
- Les usagers concernés par les soins au CSAPA sont des usagers dépendants et/ou abusifs. Les toxico-dépendances ont des causes et des conséquences à la fois biologiques, physiques, psycho-logiques et sociales.
- La prise en charge des usagers de drogues au CSAPA doit donc tendre à être **globale et pluridisciplinaire** : médicale, psychologique, et sociale.
- Le CSAPA propose une offre de soins multiples, diversifiés, et pragmatiques, c'est-à-dire adaptés aux personnes accueillies, à leur parcours dans la dépendance, et leur démarche de soin. Le CSAPA propose une prise en charge des addictions sans produit, principalement le jeu pathologique, mais aussi les addictions sexuelles et affectives.
- Depuis Mai 2012, une consultation « Grossesse Addiction » a été mise en place au CSAPA pour des femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse dans un contexte d'addiction, quels que soient les produits concernés.
- L'accueil et la prise en charge sont régis par les principes de la Loi du 31 Décembre 1970 :
- libre adhésion,
- gratuité des soins,
- anonymat.
- Le CSAPA propose différentes modalités de prise en charge :
- - sevrages ambulatoires et organisation de sevrages hospitaliers.
- - préparation et orientation vers les post-cures résidentielles, ou en familles d'accueil.
- - programme de substitution : Méthadone (centre de délivrance) et Buprénorphine Haut Do-sage.
- - consultation dédiée « Grossesse Addiction »
- - soins médicaux, dont la prise en charge des hépatopathies virales et de l'infection par le VIH.
- - soins infirmiers.
- - accès à du matériel de réduction des risques et des dommages.
- - prise en charge psychologique.
- - prise en charge sociale, accès aux droits sociaux, orientation vers les dispositifs d'aide à la ré-insertion.
- - accueil des familles et des proches.
- - groupe thérapeutique : photolangage.

- Pour l'accueil et la prise en charge des patients, le CSAPA dispose de :
- Personnel médical :
- - 2 Praticiens Hospitaliers : 1 ETP
- - 1 Médecin Psychiatre : 0,25 ETP
- - 2 Praticiens Vacataires : 11 vacations
- - 1 Interne d'addictologie à 1/3 temps
- Personnel non médical :
- - Infirmiers : 3 ETP
- - Assistantes sociales : 1 ETP
- - Psychologues : 1,2 ETP
- - Secrétaire médicale : 0,5 ETP
- Le responsable médical de ce service est le Docteur Philippe LACK, depuis octobre 2004.
- Le cadre de santé du CSAPA est Madame Claudie Durillon, cadre de santé de l'Hôpital de Jour d'Hépatologie et des Pathologies Digestives du GHN.
- Activité
- En 2013, la file active (*) comptait 722 patients avec une augmentation de 10 % par rapport à 2012, en lien avec le pourcentage élevé et en progression du nombre des nouveaux patients (42,6 % de la file active).
- (*) File active : nombre de patients ayant consulté un professionnel du CSAPA au moins une fois dans l'année
- Activité 2013
- - 3341 consultations médicales
- - 825 consultations psychologiques
- - 428 consultations d'assistante sociale
- - 17556 actes infirmiers

- Profils des patients
- - 73 % des patients de sexe masculin
- - 25 % des patients de moins de 30 ans
- - 15 % des patients avec un logement précaire, dont 5 % de SDF
- - 57 % des patients n'ont pas de ressource liée à l'emploi (dont 12 % allocataires de l'AHH)
- - 22 % des patients ont des antécédents d'hospitalisation psychiatrique (hors sevrage)
- - 27 % des patients ont des antécédents d'incarcération
- - 30 % des patients ont une sérologie d'hépatite C connue positive, 2,5 % des patients sont infectés par le HIV.

Addictions à l'origine de la prise en charge

- - 78 % dépendance aux opiacés
- - 8 % dépendance au cannabis
- - 8 % addictions sans produit
- - 4 % dépendance aux psychostimulants
- - 2 % autres addictions (alcool, psychotropes,...)

II/ - Opportunité du projet et sa cohérence avec les objectifs de Santé Publique

- La consommation de cocaïne a augmenté ces dernières années ; elle est actuellement la seconde drogue illicite après le cannabis.
- Le nombre d'usagers réguliers est estimé à 250 000 en France.
- En 2011, l'enquête ESCAPAD de l'OFDT dénombre 3 % d'expérimentateurs parmi les 17 ans.
- 400 000 personnes consomment de la cocaïne une fois dans l'année.
- 5 % des usagers de cocaïne deviennent dépendants dans la première année d'usage ; 20 % environ en seront dépendants à long terme.
- La consommation de cocaïne sous toutes ses formes (chlorhydrate ou cocaïne basée) concerne tous les milieux sociaux dans des contextes d'addictions très variés (monodépendance, polyconsommation : al-cool, opiacés, BZD, autres psychostimulants).
- La consommation présente des risques sanitaires importants et ignorés des usagers : complications cardiaques, psychiatriques, complications obstétricales chez la femme enceinte. L'injection de cocaïne induit de plus, des risques d'infections (VIH, VHC).
- L'HAS en 2010, a publié des recommandations de stratégies de prise en charge des consommateurs de cocaïne. Un guide de prévention sur l'usage de cocaïne basée, de crack, et de free base, a été publié en Octobre 2013, par le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale et l'Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et sur le Sida.
- L'OFDT a édité en Janvier 2014, la synthèse du focus group, analysant différentes expérimentations de « consultation cocaïne au sein de CSAPA ». Ces échanges ont permis de faire un état des lieux et identifier les difficultés de prise en charge face à une problématique de cocaïne en essor.
- Les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) aux multiples dénominations ("Legal highs", "Designer drugs", "Research chemical", etc.), désignent un éventail de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.).
- Ces produits sont généralement achetés sur Internet.
- Depuis 2008, 70 nouvelles substances ont été recensées avec actuellement une nouvelle identification par mois en France, et une par semaine en Europe.
- Deux tiers de ces NPS sont des Cannabinoïdes de synthèse, ou des Cathinones.
- Les Cathinones, ou les dérivés synthétiques de la cocaïne, sont des psychostimulants.
- La consommation de psychostimulants de synthèse est identifiée chez des usagers HSH ayant des pratiques dites de « SLAM ». Il désigne l'injection de produits divers, de type psychostimulant (principalement des Cathinones) dans un contexte sexuel.
- Les conséquences sanitaires infectieuses (dont des hépatites C aiguës), mais aussi psychosociales conduisent ces usagers à consulter en CSAPA, ou dans des services d'addictologie.

- Le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 – 2017, coordonné par la MILDECA renforce l'articulation entre les centres d'investigation clinique et les réseaux d'addictologie, afin de développer de nouvelles stratégies thérapeutiques adaptées aux patients pour lesquels les possibilités thérapeutiques sont souvent inadaptées. Cela étant le cas chez les patients dépendants des psychostimulants (cocaïne, cocaïnes basées, NPS).
- **III/ - Les objectifs du projet**
- La prise en charge des usagers de produits psychostimulants nécessite une adaptation des dispositifs de soins.
- Au CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse, la demande de prise en charge des cocaïnomanes et autres psychostimulants, a doublée en 2013, passant de 16 patients en 2012, à 31 patients en 2013.
- En 2013, 10 % des nouveaux consultants consomment de la cocaïne (toxicologie urinaire initiale) et 20,6 % des patients de la file active pris en charge, déclarent consommer de la cocaïne ou d'autres psychos-timulants comme produits associés le plus souvent aux opiacés.
- On constate aussi l'émergence de demandes de prise en charge de patients dépendant des Cathinones de synthèses dans des pratiques de « SLAM » (4 patients en 2013).
- L'objectif de ce projet est de proposer aux patients, mais aussi aux partenaires intra et extra-hospitaliers, un niveau d'expertise et un dispositif spécialisé dans la prise en charge des usagers de cocaïne et autres psychostimulants de synthèse.
- Les usagers auront un accès direct à ce dispositif, mais l'orientation pourra aussi se faire par les méde-cins généralistes, urgentistes, infectiologues, des ELSA, psychiatres, autres CSAPA ou CAARUD ame-nés à prendre en charge directement ou plus indirectement des patients consommant des psychostimu-lants.
- Le CSAPA, dispositif médico-social au sein du CHU, a une place centrale comme Unité d'addictologie ambulatoire au sein du Groupement Hospitalier Nord, et participe au projet de service d'hospitalisation de niveau 2 sur le site de la Croix-Rousse.
- Ce service d'hospitalisation permettra des sevrages « complexes », qui concernent dans certaines situa-tions les patients dépendants de la cocaïne, mais aussi des Nouveaux Produits de Synthèse.
- Les plateaux techniques du CHU, principalement le Laboratoire de toxicologie, seront des partenaires indispensables dans ce projet.
- Un lien étroit sera assuré avec le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance de Lyon (CEIP).
- Le partenariat avec le Centre de Recherche Clinique (CRC) renforcera la participation à des essais cli-niques, permettant l'évaluation de thérapies pharmacologiques innovantes.
- L'objectif de ce dispositif est la mise en place d'un projet thérapeutique privilégiant une prise en charge individuelle s'inscrivant dans un processus de régulation, puis **d'arrêt de consommation** en 3 phases :
 - - Une phase de motivation, identifiant les stratégies personnelles mises en place par le con-sommateur, et les éléments d'appui pour adapter la prise en charge.
 - - Une phase d'action : protocoles de sevrage ambulatoire ou hospitalier.
 - - Une phase de maintien d'abstinence s'appuyant sur une psychothérapie brève.

- **IV/ - Présentation du dispositif de prise en charge**

- 1. Accueil

- Le premier accueil est assuré dans la semaine, sur rendez-vous, par un(e) infirmier(e) compétent(e) en addictologie.
- Il permet d'évaluer la situation globale du patient : addiction, situation sociale et médicale, recueil d'éléments épidémiologiques.
- L'évaluation portera sur les spécificités de la consommation de cocaïne, dont l'identification des modes de consommation, du craving, des stratégies utilisées par le consommateur, l'environnement influençant l'usage, les addictions associées, mais aussi les conséquences somatiques liées à la prise de cocaïne.
- Une attention particulière sera portée pour les usagers de Cathinones de synthèse en pratique de « slam », avec une proposition réactive de soins.
- Une évaluation toxicologique urinaire sera effectuée dès l'accueil, et poursuivie durant toute la période de prise en charge.
- A l'issue de cet accueil, l'infirmier présentera au patient le dispositif de prise en charge, les objectifs du protocole ayant comme finalité le sevrage des produits concernés, et les moyens proposés dans cette prise en charge.
- A l'issue de cette première évaluation, un premier rendez-vous médical sera programmé.
- La fiche d'accueil infirmier placée dans le dossier médical permettra de synthétiser la première étape du dispositif.
- Cette première consultation infirmière doit permettre la mise en place des bases de l'alliance thérapeutique sur laquelle l'ensemble du dispositif va s'appuyer.

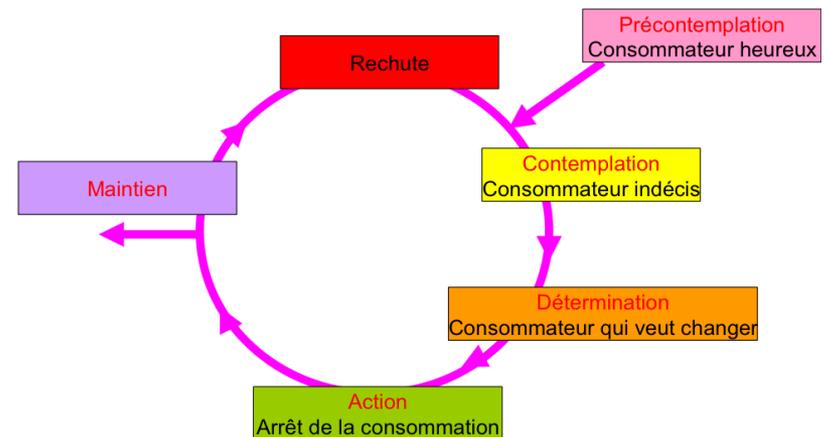
- 2. Evaluation médicale

- Evaluation somatique :

- Le recueil de données médicales permet une première approche du patient, dans une approche de réduction des risques (dépister et prévenir les risques associés à la consommation de cocaïne), mais permet aussi, de rencontrer les patients dans leur réalité physique et d'instaurer un dialogue sous l'égide de l'authentique.
- L'évaluation médicale est anamnétique avec l'histoire personnelle, l'histoire de la consommation de co-caïne et des consommations associées, les antécédents médicaux et psychiatriques éventuels. Quel que soit le stade de consommation, il est nécessaire d'avoir des informations sur l'âge de début de consommation, la fréquence, la voie d'administration, la quantité consommée, et les dépenses associées, l'utilisation d'autres substances à risque, l'existence de conduites sexuelles à risque.
- L'examen somatique est complet, mais doit notamment être sur les axes cardio-vasculaires (avec la réalisation d'un ECG au centre, à la recherche de troubles du rythme, ou d'éventuelles traces de souffrance myocardique), respiratoires, ORL, bucco-dentaires et dermatologiques, à la recherche de complications locales infectieuses d'éventuelles pratiques intraveineuses.
- Evaluation des troubles psychiatriques :
- Il existe une plus forte prévalence des troubles mentaux parmi les personnes consommant de la co-caïne, comparativement à la population générale.
- Ainsi, on retrouve une prévalence plus élevée de troubles thymiques (dépression), de troubles bipo-laires, de troubles psychotiques, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, et de troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA), chez les personnes consommant de la cocaïne par rapport à la population générale.
- De plus, la cocaïne induit elle-même des troubles psychiatriques :
 - - Etat délirant aigu induit (hallucinations), attaques de panique induites, dépression induite
 - - Paranoïa induite par la cocaïne (PIC)
 - - Comportement de recherche compulsive de cocaïne (souvent associé à la PIC)

- Une attention toute particulière doit ainsi être portée à ce public accueilli : la question psychopathologique sous jacente peut être posée : classiquement, la question de savoir si le trouble psychiatrique précède ou suit la prise de produit est essentielle, pour comprendre et aider le patient.
- L'évaluation psychiatrique se fait au cours d'un entretien médical, avec si besoin, des échelles psycho-métriques.
- Cette évaluation peut être complétée par un avis du psychiatre du CSAPA.
- Evaluation des facteurs de risque associés :
- Il est important de repérer d'éventuels facteurs de risque :
 - - La question sociale : l'instabilité de résidence, les problèmes judiciaires et/ou financiers, l'inscription dans un réseau d'achat et revente de cocaïne.
 - - L'âge de début de la consommation, l'ancienneté de la consommation.
 - - Les modalités de consommation et leurs évolutions : usage de cocaïne basée, la consommation en « binge » par voie intraveineuse.
- Evaluation des points ressources :
 - La présence d'un soutien social est un facteur de bon pronostic. Cet entourage peut être constitué de la famille, d'amis, ou de travailleurs sociaux et/ou médicaux.
 - Evaluation motivationnelle :
 - L'approche motivationnelle permet d'envisager avec le patient, où il se situe quant à sa capacité à enclencher le changement.

Les six étapes du changement de J. Prochaska et C DiClemente

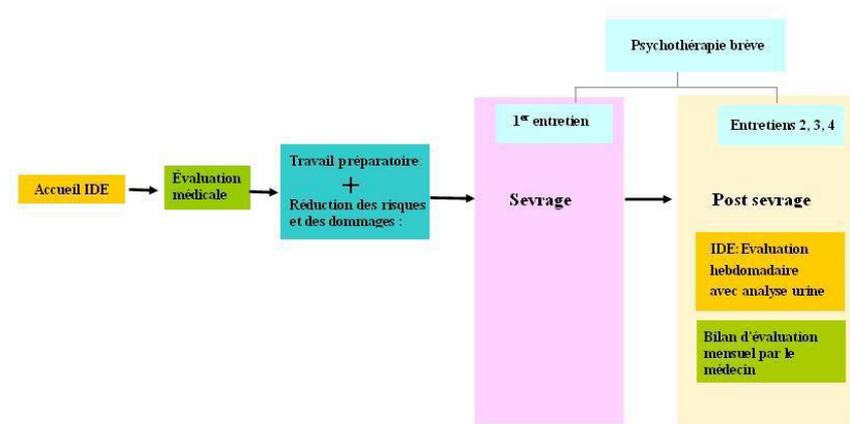


- changement.
- Attitudes thérapeutiques préconisées en fonction du stade du changement :
- **Stades : Attitudes du thérapeute :**
- Précontemplation Faire naître le doute
- Contemplation Faire une balance décisionnelle
- Détermination Planifier un programme d'actions
- Action Accompagner le patient dans les étapes du changement
- Maintien Aider à identifier et utiliser des stratégies de prévention de la rechute
- Rechute Aider à retourner au stade de contemplation en évitant au patient d'être paralysé par sa culpabilité

- 3. Phase préparatoire
 - a) Travail motivationnel
 - Il s'agit de sessions de 30 minutes d'entretien motivationnel basé sur l'approche développée par Miller et Rollnick et réalisé par un médecin du CSAPA.
 - Le rythme des sessions est défini avec le patient.
 - La première session permet de déterminer les buts du patient par rapport à la thérapie, de travailler sur ses valeurs, de mettre en regard les avantages et les inconvénients de la poursuite de la consommation et de l'arrêt de la consommation.
 - Les sessions suivantes se structurent en fonction des objectifs établis à la première session. Il s'agit de valoriser chaque progrès, d'explorer les obstacles, et d'étudier des situations à risque de rechute éventuelle. Aidé d'outils de thérapie cognitivo-comportementale, on favorise le développement par le patient de sa capacité à repérer des pensées dangereuses et à élaborer des stratégies de gestion du manque et de l'anxiété.
 - b) Réduction des dommages et des risques
 - Les infirmiers du CSAPA évaluent régulièrement les situations de prise de risque du patient autour des consommations : approvisionnement, type de produit (pureté, basé ou non), modalité de consommation (prise, fumée, injectée), effets connus et attendus des consommations, gestion du manque, avec une attention particulière aux polyconsommations.
 - Les connaissances théoriques des risques sont évaluées ainsi que les techniques de consommation, afin de développer des stratégies de réduction des risques et des dommages. Il est présenté par exemple au patient les différents matériels à usage unique (seringue, aiguille, pipe, paille) et rappelé les risques somatiques (en particulier le risque de transmission virale), psychiques et légaux.
- 4. Phase de sevrage
 - Deux modalités de sevrage sont possibles : **ambulatoire ou hospitalier**.
 - L'hospitalisation sera privilégiée pour : injecteurs de cocaïne, consommateurs de cocaïne basée (free-base = crack), injecteurs de Nouveaux Produits de Synthèse, patients isolés, psychopathologie grave, complications somatiques sévères, antécédent d'échec de sevrage ambulatoire, codépendance alcool, femmes enceintes.
 - Le cadre du sevrage est contractualisé par écrit.
 - La durée du sevrage est de 15 jours, et jusqu'à 21 jours au total (+/- 8 derniers jours en ambulatoires, si sevrage hospitalier).
 - Au cours du sevrage, deux outils seront utilisés :
 - - Evaluation du craving par la Version française du Cocaïne Craving Questionnaire (CCQ) Brief.
 - - Un carnet de route qui reprend des exercices de thérapie cognitivo-comportementale sera proposé et travaillé régulièrement, durant et après le sevrage.
 - La première séance de psychothérapie brève est débutée lors de la 2ème semaine de sevrage.
 - Les deux modalités du sevrage sont détaillées ci-dessous :
 - Sevrage ambulatoire :
 - - Carnet de route remis au patient avec évaluation quotidienne du craving
 - - Evaluation médicale addictologique hebdomadaire
 - - Evaluation infirmière au moins 3 fois par semaine avec toxicologie urinaire hebdomadaire complète

- Sevrage Hospitalier :
- - Carnet de route remis au patient avec évaluation quotidienne du craving
- - Evaluation médicale quotidienne
- - Score de craving quotidien et évaluation clinique de la réduction des symptômes de sevrage
- - Toxicologie hebdomadaire complète
- Traitement du sevrage symptomatique :
- - Anxiolyse adéquate : benzodiazépines (par exemple Seresta®) et/ou Neuroleptiques sédatifs type cyamémazine (Tercian®)
- - Réduction du syndrome de sevrage et du craving pour la dépendance à la cocaïne : N-acétylcystéine : 1 200 mg/j (en 3 prises) pendant 21 jours. La posologie peut être augmentée à 2400 mg/j, voire 3600mg/j.
- Il est possible d'intégrer les patients dans des protocoles de recherche clinique.
- Actuellement, le CSAPA participe à un PHRC Psychocoke (étude des facteurs cliniques, génétiques et environnementaux associés à la survenue de symptômes psychotiques chez les cocaïnomanes).
- 5. Phase de maintien d'abstinence
- **a) Psychothérapie brève**
- **La thérapie brève** s'adresse aux personnes vivant une situation comme problématique (susitant une souffrance morale et/ou physique : difficulté relationnelle, séparation, deuil, problèmes de santé, manque de confiance en soi, manque d'estime, difficultés familiales etc.), et qui sont désireuses d'un changement rapide et durable de la situation. Ce type de thérapie n'a pas comme objectif premier de mieux se connaître, d'essayer de comprendre ou de s'analyser, mais de rechercher le pourquoi de cette situation (prise de psychostimulant) vécue comme un problème et engendrant une souffrance.
- Le but de cette thérapie est de soulager le plus rapidement et plus complètement possible cette souffrance lors du sevrage et les premières semaines d'abstinence.
- L'objectif d'une prise en charge psychologique brève est de proposer une réflexion sur l'opportunité que représente le sevrage en cocaïne ou autres psychostimulants.
- Cette technique permet de travailler un début de métabolisation psychique d'une expérience subjective significative, ou de son échec.
- Le psychologue situe son intervention sur la base de quatre organisateurs :
- - la thématique conflictuelle que révèlent le sevrage et le « manque »
- - la structure de personnalité du patient
- - la brièveté de la psychothérapie
- - la psychopathologie du symptôme
- Les organisateurs vont encadrer le processus et lui conférer son originalité.
- Un tel dispositif délimite clairement un espace permettant une écoute d'orientation psychanalytique authentique des patients souffrants même si celle-ci est condensée et plus active.
- Présentation des principales modalités organisatrices de la psychothérapie en 4 séances :
- - 1ère séance intervenant lors du sevrage (ambulatoire ou hospitalier)
- - 2 séances hebdomadaires pendant la phase initiale de maintien d'abstinence
- - la 4ème séance permettra de faire un mini bilan et de décider des modalités de la poursuite éventuelle d'une psychothérapie individuelle et/ou groupale au CSAPA

- **VI/ - Les ressources nécessaires du projet**
- L'ensemble des professionnels du CSAPA est impliqué dans ce nouveau dispositif de soin.
- Il pourra être, dans un premier temps, initié à moyen constant, mais nécessitera le renforcement du temps de psychologue clinicien (0,5 ETP en CDI soit 25 000 €), infirmier (0,2 ETP- 11 380 €), et de 2 vacations médicales complémentaires (13 400 €), soit un budget total de 49 780 €.
- **VII/ - L'activité prévisionnelle**
- Ce dispositif va débuter au dernier trimestre 2014 afin de mettre en place l'organisation de ce pro-gramme de soin au sein du CSAPA et d'évaluer son efficience sur les 6 premiers mois de fonctionne-ment.
- L'activité prévisionnelle en année pleine est de 50 patients.
- **VIII/ - La démarche d'évaluation**
- Mise en place d'indicateurs d'activité, de suivi des patients dès le début de l'activité.
- Elle permettra de justifier l'activité de l'équipe en interne et en externe chaque année.
- Evaluations quantitative et qualitative de la prise en charge :
 - - nombre de patients intégrant le dispositif
 - - nombre de patients participant complètement au programme
 - - évaluation du maintien d'abstinence à 1 mois, 3 mois, et 6 mois
- **IX/ - Annexe**
- Schéma du dispositif :



CARNET DE ROUTE

N°1 : Un point sur mes consommations

- Quels sont les moments de la journée où j'ai particulièrement envie de consommer de la cocaïne?
- Quels sont les lieux où je peux avoir envie de consommer de la cocaïne?
- Quelles sont mes habitudes qui peuvent provoquer des envies de consommer de la cocaïne?
- Pourquoi puis-je me considérer comme dépendant(e) à la cocaïne ?
- Certains événements ont-ils aggravé ma consommation? Lesquels?

N°2 : Analyse fonctionnelle

- Pour se donner une idée de la façon dont tout ceci fonctionne, faire une analyse fonctionnelle d'au moins trois épisodes récents de votre consommations de cocaïne :

Où étiez-vous? Que faisiez-vous? Que s'est-il passé avant? Quelles étaient vos émotions? A quel moment vous êtes vous rendu compte que vous vouliez consommer? Comment pourriez-vous décrire la montée? Qu'avez-vous ressenti plus tard? Pouvez-vous penser à quelque chose de positif qui se soit produit grâce à votre consommation? Quelles étaient les conséquences négatives?

- **Déclencheur : Qu'est-ce qui m'amène à consommer?**
- **Pensées et émotions: A quoi je pensais? Qu'est-ce que je ressentais?**
- **Comportement: Qu'est-ce que j'ai fait?**
- **Conséquences positives: Qu'est-ce qui s'est passé de positif?**
- **Conséquences négatives: Qu'est-ce qui s'est passé de négatif?**

N°3 : Les envies

- Il est normal d'avoir des envies de produit lorsque l'on est abstinent !
- Les envies : Dans la vie, on a tous des envies. Et il en existe beaucoup : *envie de partir loin, envie de faire la fête, envie d'oublier ses problèmes, envie de faire l'amour....etc.....*
- On ressent plus ou moins fort une envie.
- **Quand le produit a pris une place importante dans notre vie, on a l'impression que dès qu'on a une envie, c'est une envie du produit...**
- On a donc l'habitude de répondre à toutes nos envies par la consommation du produit.
- Nos envies sont liées à nos besoins : besoin de se donner de l'énergie, besoin d'être sécurisé, de souffler, de se détendre, d'arrêter de penser...
- **C'est important d'écouter ses besoins. Si vous avez une envie de produit, c'est peut être que vous avez une envie de ce que le produit vous apporte...ou de ce que vous aimeriez qu'il vous apporte.**
- *Ex: Je me sens seul, je vais chercher dans la cocaïne du plaisir; J'ai besoin de couper ma solitude, de me faire plaisir...*
- **EXERCICE** : Or, est ce que le produit répond encore à vos besoins, à vos envies? Qu'est ce que le produit vous apportait ?
-
-
-

N°4 : Mon plan d'urgence

- Craving : Impulsion subite à consommer de façon impulsive, envie irrépressible, incontrôlable, besoin impérieux physique et psychologique (parfois appelé "flash")
- Les craving ou envies sont communs et normaux. Ils ne sont pas le signe d'un échec. Les envies sont comme les vagues de la mer . Elles sont de plus en plus fortes mais seulement jusqu'à un certain degré, puis elles repartent. Il y a un début et une fin+++
- Si vous ne consommez pas, vos envies d'affaibliront de plus en plus au fil du temps en fréquence et en intensité.
- Essayer d'apprendre de vos envies : quels sont les déclencheurs de votre craving? exemple :
- - facteurs sensoriels : vue, odorat...
- - habitude de vie : solitude..., rencontre de personnes "liées aux consommations"
- - stress/tension interne
- - un "trop" : envahissement positif ou négatif (grande joie, grande tristesse)
- - inopiné : parfois sans aucun facteur déclenchant
- Mon plan d'urgence :
- -> Faire quelque chose quand je sens une envie incontrôlable -> Le faire tout de suite
- -> Le faire «automatiquement», sans réfléchir
- -> Ça doit durer 10 minutes ++++++ au moins
- -> Ça doit défouler et amener des sensations différentes
- -> C'est bouger et/ou provoquer une sensation et/ou s'exprimer
- Au total : trouver différentes stratégies immédiates brèves : adaptées, ne met pas en danger, simple, non liée au plaisir
- *Exemple :*
- - *Se distraire, se parler à soi-même*
- - *Parler du craving, Accompagner le craving (le laisser survenir, culminer et passer)*
- - *Se rappeler des conséquences négatives*
- - *Bouger, transpirer (marche, ménage...)*
- - *Sensoriel : prendre une douche..*
- - *Communication : appeler quelqu'un*
- Que pourriez-vous faire en cas de craving/envie irrépressible?

Agenda des Craving

- **Date/heure**
- **Situations, pensées et émotions positives ou négatives**
- **Intensité du craving (0-10) 0 : nul 10 : max**
- **Durée du craving**
- **Comment j'ai fait face**
- Vendredi 15h
- Dispute avec mon patron Frustré, en colère
- 7/10 20min J'ai téléphoné à la maison
- samedi 20h Je regarde la TV, je m'ennuie 6/10 25min
Je suis allée me coucher tôt

N°5 : Les situations à risques

- -> Écrire les circonstances « habituelles » où j'ai le plus de risque de craquer
- Essayer de préciser l'émotion ressentie
- Imaginer comment anticiper et m'y préparer

- Situations difficiles = Situations à risques
- Comment anticiper? réagir? que faire?

- L'envie de consommer ne doit ni alarmer, ni être interprétée comme le signe d'un échec.
- Être attentif à ses envies, c'est l'occasion d'apprendre à connaître une situation qui nous met en difficulté et qu'on n'avait pas forcément repérée avant...

N°6 : Savoir dire non

- Il vaut parfois mieux dire directement à son entourage qu'on a décidé d'arrêter de consommer.
- Essayer de décider à qui vous allez en parler et comment vous pourriez aborder le problème.
- A qui?
- •
- •
- •
- Comment?
- •
- •
- •
- Voici une liste de personnes susceptibles de vous offrir de la cocaïne. De quelle manière pouvez-vous leur répondre?
- -Un proche (qui connaît vos problèmes de cocaïne)
- -Un ami (avec qui je consomme d'habitude).....
- -Un collègue
- -Lors d'une fête.....
- **A RETENIR :**
- -> *ne pas se sentir coupable de ne pas consommer (c'est votre bon droit)*
- -> *s'exprimer d'une voix claire, ferme, sans hésitation. Regarder dans les yeux*
- -> *annoncer immédiatement le refus de consommer de la cocaïne*
- -> *éviter les réponses vagues ou les excuses*
- -> *changer de sujet de conversation*
- -> *demander de ne plus se faire offrir de cocaïne : ne pas laisser la porte ouverte à de futures offres*
- *(par exemple : « pas aujourd'hui », « plus tard »)*

N°7 : Les pensées dangereuses

- Vous pouvez être amené, dans certaines circonstances, à avoir des pensées dangereuses vis-à-vis de votre décision de maintenir l'arrêt de la cocaïne :
- - *doute sur vos capacités : « j'y arriverai jamais de toute façon »*
- - *l'échec : « il n'y a pas d'espoir pour moi »*
- - *un droit : « je mérite une récompense »*
- - *doute sur l'intérêt de poursuivre cet effort : « au point où j'en suis, à quoi bon? »*
- - *idée que vous pourriez mieux gérer certaines situations avec un peu de cocaïne*
- - *vouloir se tester : « je vais pouvoir dorénavant contrôler ma consommation de cocaïne »*
- - *idée que vous êtes attaché à ces consommations « j'aime la montée »*
- Ces pensées «automatiques» risquent de vous entraîner vers la reprise des consommations.
- Il existe différentes manières de faire face aux pensées relatives à la cocaïne :
- -> *S'entraîner à être à l'écoute de ses pensées, afin de repérer ces pensées automatiques*
- -> *Agir sur son discours intérieur:*
- - *s'opposer directement à l'idée de consommer : défier ses pensées*
- - *avoir sous la main ou à l'esprit, une liste des conséquences négatives*
- - *faire la liste de vos expériences pénibles dûes à la cocaïne (ou se focaliser sur un souvenir particulier) par exemple la dernière descente ou un souvenir douloureux en lien avec cette consommation*
- - *se donner un délai par exemple ce soir*
- -> *Agir sur ses activités*
- - *quitter la situation (faire autre chose)*
- - *téléphoner à quelqu'un*
- - *se distraire/trouver des comportements alternatifs*
- Une des façons de gérer les pensées dangereuses est de se souvenir des bénéfices liés à l'abstinence et des expériences pénibles avec la cocaïne.

- Avantage à arrêter de consommer de la cocaïne
- Souvenirs pénibles en lien avec une conso

N°8 : Le plaisir

- Vous avez eu tendance à les oublier et pourtant le plaisir est un point capital pour maintenir
- l'abstinence la plus longue possible.
- C'est très difficile d'être abstinent, il faut donc **prendre soin de vous** et vous accorder un peu de
- plaisir...
- Quels sont les petits plaisirs de vie qui font du bien?
- *Ex: se promener ? Manger un bon repas ? Écouter une musique de mon chanteur préféré ? Me*
- *laver et me sentir propre, bricoler, regarder une série, faire du sport... ?????*
- Faire une petite liste de tout ce qui vous fait plaisir dans la vie... Ensuite, vous pourrez essayer de
- vous faire au moins un petit plaisir par jour...
- Écrire plusieurs façons de s'offrir un plaisir, concrètement, dont la moitié doivent se réaliser sans
- dépense d'argent.
- •
- •
- •

Cas clinique

Loïc 24 ans , infirmier de secteur psychiatrique, Gay, célibataire

ATCD : syndrome dépressif traité par Deroxat + Xanax 0,25 depuis 4 ans ... suite TS médicamenteuse en lien avec une rupture sentimentale.

Vacciné HBV , HIV et HCV négatif (PREP en discontinuée)

ATCD IST : chlamydia, gonocoque

Situation addictologique :

- alcool (occasionnel)
- Tabac 10c/j,
- ATCD : cannabis , GHB , Ketamine , cocaine et MDMA

1^{ere} consultation au CSAPA

Adressé par un co-usager suivi au CSAPA

Motif : depuis mars 2016 pratique de SLAM (3MMC en IV dans un contexte sexuel HSH)

Les dernières semaines : exacerbation des pratiques > 96h avec injection toutes les 1h30

Sexualité sans produit impossible

Passage au SAU durant l' été

Nombreux arrêts de travail

Prises de risques motivant la PREP

Plus de l'alliance

- Proposer un espace de parole où tous les sujets y compris ceux intimes touchant la sexualité et l'orientation sexuelle, la consommation de substances psychoactives peuvent être abordées dans un cadre de confiance, anonymement, sans jugement, avec bienveillance.

Evaluation sexologique avant SLAM

Sexualité HSH

Multi partenariat, sexualité de groupe ,
masturbation excessive , trouble de
l'érection et éjaculation, difficulté à la
pénétration réceptive

Faible satisfaction sexuelle

Prise de risques

Trouble hypersexuel selon les critères de
KAFKA

Impact des cathinone sur la sexualité

Augmentation de la satisfaction sexuelle et libido

Augmentation nombre partenaire

Temps et fréquence des rapports diminués

Plus de rapports réceptifs

Nouvelles pratiques : Sex toy , fist, SM , sodomie passive , vidéo pornographie augmentée

Utilisation de médicaments favorisant érection

Anéjaculation

Diminution masturbation

Plus de sexualité sans produit

Rencontre amoureuse sous NPS

Exacerbation du trouble hypersexuel : test G-SAST (the Gay male Sexual Addiction Screening test)

- Non** 1. Avez-vous été abusé sexuellement en tant qu'enfant ou adolescent?
- Non** 2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté ou loué des magazines ou vidéos sexuellement explicites?
- Oui** 3. Vos parents ont-ils eu des problèmes de comportements sexuels ou amoureux?
- Oui** 4. Êtes-vous régulièrement préoccupé par des pensées de nature sexuelle?
- Non** 5. Votre usage de lignes érotiques payantes, accès informatiques érotiques payants, etc., a-t-il déjà dépassé votre capacité de payer pour ces services?
- Oui** 6. Vos amis, votre famille, votre conjoint, sont-ils préoccupés par votre comportement sexuel? (non relié à l'orientation sexuelle)
- Oui** 7. Avez-vous de la difficulté à cesser vos comportements sexuels lorsque vous savez ceux-ci inappropriés ou dangereux pour votre santé?
- Non** 8. Votre implication avec les lignes érotiques, sites Internet érotiques, la pornographie, etc. est-elle devenue plus importante qu'avec vos relations amoureuses?
- Non** 9. Cachez-vous la nature ou l'intensité de vos activités sexuelles à vos amis ou partenaires amoureux?
- Non** 10. Avez-vous hâte que vos rencontres avec des amis ou la famille cessent, vous permettant ainsi de sortir pour accéder à des activités sexuelles?
- Non** 11. Visitez-vous régulièrement, comme partie intégrante de votre sexualité, les saunas, clubs ou commerces érotiques?
- Oui** 12. Croyez-vous que la sexualité anonyme ou opportune vous a éloigné de relations intimes à long terme ou empêché d'atteindre des objectifs personnels?
- Oui** 13. Avez-vous de la difficulté à maintenir l'intérêt sexuel lorsque la nouveauté d'un nouveau partenaire sexuel s'estompe?
- Non** 14. Vos activités sexuelles vous placent-elles en danger d'arrestation pour comportements illicites?
- Oui** 15. Vous arrive-t-il d'être préoccupé par votre contamination potentielle par le SIDA, et de poursuivre quand même vos activités sexuelles à risques?
- Oui** 16. Vous est-il arrivé de blesser quelqu'un par des événements résultants de vos activités sexuelles, tels des retards à des rendez-vous, mensonges à des amis, etc.? (non relié à l'orientation sexuelle)
- Non** 17. Avez-vous déjà été abordé, questionné, arrêté par la police ou des services de sécurité pour des activités sexuelles en public?
- Non** 18. Le sexe a-t-il déjà été pour vous une manière de fuir vos problèmes?
- Oui** 19. Vous sentez-vous déprimé après des activités sexuelles?
- Oui** 20. Vous êtes-vous déjà promis de cesser certaines pratiques sexuelles pour ensuite violer vos promesses? (non relié à l'orientation sexuelle)
- Oui** 21. Vos activités sexuelles ont-elles déjà nuit à votre vie personnelle ou professionnelle, tels des absences au travail, pertes de relations, etc.?
- Oui** 22. Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités sexuelles à risques, bien que sachant qu'elles vous causeraient du mal?
- Non** 23. Avez-vous déjà payé pour du sexe?
- Oui** 24. Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités sexuelles avec quelqu'un, simplement par excitation, pour ensuite vous sentir honteux ou encore le regretter?
- Oui** 25. Avez-vous déjà fréquenté des toilettes publiques, parcs, aires de repos, etc., dans l'espoir de faire des rencontres de nature sexuelles?

14 oui

Prise en charge

1^{er} prise en charge dans le Jura avec prescription de Baclofene (somnolence entraînant un AVP et pas d'efficacité sur le SLAM ..)

Au CSAPA aout 2016 : prise en charge dans le cadre du dispositif psychostimulant : les différentes étapes de prise en charge dont un sevrage ambulatoire et un étayage important (3 venues hebdomadaires)

-> évaluation du craving: EVA + CCQ BRIEF

-> carnet de route

X Loïc
 22-06-1992 /
 E 691 601 306 0 M
 24825 CSAPA ADDICTO NO

E PREPARATOIRE			SEVRAGE									ABSTINENCE				
Accueil		Préparation	J0 Sevrage	Semaine 1			Semaine 2			Semaine 3			Semaine 4	Semaine 5	3 mois	6 mois
IDE : date :	1 ^{ER} entretien 29/03	PTC 05/09	19/09 25/11	19/09	24	23	27	29	09	05	09	20/10	17/10	12/12		
Dr : L. Loïc date :			12/09				27/09		10/10		12/10					
Psychologue date :							1 ^{ère} séance 05/10		2 ^{ème} séance 12/10		3 ^{ème} séance 19/10	4 ^{ème} séance 26/10				
Analyse d'Urine	Réalisée	+	Abstinence NPS			+	non fait			non fait		non				
	Résultat					⊖	pas de consommation			pas de consommation		pas de consommation				
Echelle de Craving : 0-10		9,1	0,5	3,4	1	0,2			0	0	1	0	1			
CCQ brief Score		35	21	27	18	18	15		12	12	10	10	13			
Carnet de route N° exercice		Présentation générale	1 et 2				5 et 8									

↓ pas de consommation
 ↓ pas de consommation
 ↓ pas de consommation

24/10

09/11

orange : pensées
rouge : consommation

JANVIER

Les jours augmentent de 1 à 31

NOUVEL AN

- L 2 s Basile
- M 3 s Germain
- M 4 s Odilon
- J 5 s Edouard
- V 6 s Melaine
- S 7 s Raymond
- Épiphanie
- L 9 s Alix
- M 10 s Guilbeine
- M 11 s Paulin
- J 12 s Tatiana
- V 13 s Yvette
- S 14 s Nina
- s Rami
- L 16 s Marcel
- M 17 s Roseline
- M 18 s Prisca
- J 19 s Marius
- V 20 s Sébastien
- S 21 s Agnès
- s Vincent
- L 23 s Barnard
- M 24 s Fr. de Sales
- M 25 Conv. s Paul
- J 26 s Paule
- V 27 s Angèle
- S 28 s Th. d'Aquin
- s Gildes
- 30 s Marbine
- M 31 s Marceille

FÉVRIER

Les jours augmentent de 1 à 29

- M 1 s Ella
- J 2 s Prés. du Seigneur
- V 3 s Blaise
- S 4 s Veronique
- s Agathe
- L 6 s Gaston
- M 7 s Eugénie
- M 8 s Jacqueline
- J 9 s Apolline
- V 10 s Arnaud
- S 11 N.-D. de Lourdes
- D 12 s Félix
- L 13 s Béatrice
- M 14 s Valentin
- M 15 s Claude
- J 16 s Julienne
- V 17 s Alexis
- S 18 s Bernadette
- D 19 s Gabin
- L 20 s Aimée
- M 21 s P. Damien
- M 22 s Isabelle
- J 23 s Lazare
- V 24 s Modeste
- S 25 s Roméo
- D 26 s Nestor
- L 27 s Honorine
- M 28 Mardi Gras

MARS

Les jours augmentent de 1 à 31

- M 1 s Cendres
- J 2 s Charles le B.
- V 3 s Guénolé
- S 4 s Casimir
- D 5 s F. des Gds-Mères / 1^{er} Dim. de Carême
- L 6 s Colette
- M 7 s Félicité
- M 8 s Jean de Dieu
- J 9 s Françoise
- V 10 s Vivien
- S 11 s Rosine
- D 12 s Justine
- L 13 s Rodrigue
- M 14 s Mathilde
- M 15 s Louise
- J 16 s Benoïcte
- V 17 s Patrice
- S 18 s Cyrille
- D 19 s Joseph
- L 20 PRINTEMPS
- M 21 s Clémence
- M 22 s Léa
- J 23 Mi-Carême
- V 24 s Cath. de Suède
- S 25 Annonciation
- D 26 s Larissa
- L 27 s Habib
- M 28 s Gontran
- M 29 s Gwladys
- J 30 s Amédée
- V 31 s Benjamin

AVRIL

Les jours augmentent de 1 à 30

- S 1 s Hugues
- D 2 s Sandrine
- L 3 s Richard
- M 4 s Isidore
- M 5 s Irène
- J 6 s Marcellin
- V 7 s J.-Bapt. de la Salle
- S 8 s Julie
- D 9 s Ramsaux
- L 10 s Fulbert
- M 11 s Stanislas
- M 12 s Jules
- J 13 s Ida
- V 14 Vendredi Saint
- S 15 s Paternus
- D 16 PÂQUES
- L 17 s Anicet
- M 18 s Parfait
- M 19 s Emma
- J 20 s Odette
- V 21 s Anselme
- S 22 s Alexandre
- D 23 s Georges
- L 24 s Fidèle
- M 25 s Marc
- M 26 s Alida
- J 27 s Zita
- V 28 s Valérie
- S 29 s Cath. de Sienne
- D 30 Souvenir des Déportés

MAI

Les jours augmentent de 1 à 31

- FÊTE DU TRAVAIL
- M 2 s Boris
- M 3 s Phil. Jacq.
- J 4 s Sylvain
- V 5 s Judith
- S 6 s Prudence
- D 7 s Gisèle
- L 8 VICTOIRE 1945
- M 9 s Pacôme
- M 10 s Solange
- J 11 s Estelle
- V 12 s Achille
- S 13 s Rolande
- D 14 Fête J.-d'Arc
- L 15 s Denise
- M 16 s Honoré
- M 17 s Pascal
- J 18 s Eric
- V 19 s Yves
- S 20 s Bernardin
- D 21 s Constantin
- L 22 s Emile
- M 23 s Didier
- M 24 s Donatien
- J 25 ASCENSION
- V 26 s Bérenger
- S 27 s Augustin de C.
- D 28 Fête des Mères
- L 29 s Aymar
- M 30 s Ferdinand
- M 31 Visitation

JUIN

Les jours augmentent de 1 à 30

- J 1 s Justin
- V 2 s Blandine
- S 3 s Kévin
- D 4 PENTECÔTE
- L 5 s Igor
- M 6 s Norbert
- M 7 s Gilbert
- J 8 s Médard
- V 9 s Diane
- S 10 s Landry
- D 11 Trinité
- L 12 s Guy
- M 13 s Antoine de P.
- M 14 s Elisée
- J 15 s Germaine
- V 16 s J.-F. Régis
- S 17 s Hervé
- D 18 Fête des Pères / St Sacrement
- L 19 s Romuald
- M 20 s Silvere
- M 21 ÉTÉ
- J 22 s Alban
- V 23 Sacré-Cœur
- S 24 s Jean-Baptiste
- D 25 s Eléonore
- L 26 s Antheime
- M 27 s Fernand
- M 28 s Irénée
- J 29 s Pierre, Paul
- V 30 s Martial

JUILLET

Les jours diminuent de 31 à 1

- S 1 s Thierry
- D 2 s Martinien
- L 3 s Thomas
- M 4 s Florent
- M 5 s Antoine
- J 6 s Mariette
- V 7 s Raoul
- S 8 s Thibaut
- s Amandine
- L 10 s Ulrich
- M 11 s Benoît
- M 12 s Olivier
- J 13 s Henri, Joël
- V 14 FÊTE NATIONALE
- S 15 s Donald
- D 16 N.-D. Mi-Carmel
- L 17 s Charlotte
- M 18 s Frédéric
- M 19 s Arsène
- J 20 s Marina
- V 21 s Victor
- S 22 s Marie-Mad.
- D 23 s Brigitte
- L 24 s Christine
- M 25 s Jacques
- M 26 s Anne, Joachim
- J 27 s Nathalie
- V 28 s Samson
- S 29 s Marthe
- D 30 s Juliette
- L 31 s Ignace de L.

Evaluation

Accompli l'ensemble du programme

Pas de poursuite de psychothérapie après la psychothérapie brève

Episode de rechute isolée

Gestion des conséquences professionnelles liée aux multiples arrêts de travail

Possibilité d'une reprise de sexualité sans produit néanmoins problématique persistante à la pénétration anale: intérêt d'un suivi sexo, on évoque une aide par l'hypnose ?

Poursuite d'un suivi médical addicto dont la réévaluation des traitements psychotropes

Satisfaction du patient concernant le dispositif : mise en valeur de l'étayage principalement IDE et apaisement par la psychothérapie brève

Prise en charge

- réductions des consommations, en recentrant sur l'utilité des prises pour la sexualité et la durée d'actions des substances, ce qui permet petit à petit de ne prendre qu'une à deux prises par séances.
- Espacement des séances en limitant l'accès aux substances: par exemple en n'en commandant plus et en participant financièrement à chaque séance,
- Rester sur des partenaires connus en limitant le recours aux applications de rencontre.
- Retrouver du désir et de la sexualité sans substances.

Plus de l'alliance

- s'adapter à l'évolution du patient.
- Ne pas être sur un dogme du sevrage et de l'abstinence uniquement.
- Accepter de ne faire que de la RDR ou de revenir en arrière dans le cheminement.