

# LE PATIENT PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES



**M. Majchrzyk Yann - Psychologue**

# ENJEUX ACTUELS

**Pas de principe scientifique qui permette de choisir une méthode thérapeutique.**

**Le traitement est empirique, pluridisciplinaire, centré autour du médecin référent.**

**La prise en charge vise à accompagner le patient et son entourage dans les efforts d'abstinence et de limiter les conséquences psychiques, somatiques et sociales de l'alcoolisme.**

# **QUE FAIRE ? QUELLE PLACE POUR LE NON-MÉDICAMENTEUX ?**

**Soutien psychologique indispensable de la part du médecin;**

**Etablir une relation de confiance, donner des informations (pas suffisant);**

**Déculpabilisation, revalorisation narcissique;**

**Augmentation de l'estimation de soi = aider le patient à trouver des qualités personnelles.**

# **I / EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN ADDICTOLOGIE**

## **1 : Définition OMS 1998**

**L'éducation thérapeutique doit permettre aux malades d'acquérir et de maintenir des compétences qui leur permettent de gérer de manière optimale leur traitement afin d'arriver à un équilibre entre leur vie et leur maladie.**

**C'est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux;**

**L'ETP est conçue pour aider les familles à comprendre la maladie et son traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre sainement, et maintenir ou améliorer leur qualité de vie;**

**S'adresse à la prise en charge de toutes les maladies chroniques : addictions, diabètes, Obésités, Asthme, HTA, AVK.**

## **ETP devient une nécessité en raison :**

- de l'accroissement de l'espérance de vie et du nombre de malades chroniques;**
- de la mauvaise observance des prescriptions;**
- de l'évolution des attitudes, comportements des patients vis à vis de la santé et des professionnels de santé (diffusion incontrôlée des connaissances etc...).**

**ETP n'est pas une activité annexe;**

**ETP doit être structurée;**

**ETP doit s'intégrer dans une prise en charge coordonnée et concertée entre les acteurs de soins en hospitalisation et à domicile;**

**Finalité de l'ETP;**

**Gérer la maladie chronique à long terme.**

# **II/ PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LE PARCOURS DE SOIN**

**Remarques :**

**Réadaptation / Réinsertion / Développement de  
compétences psychosociales**

**Chez le sujet présentant des signes d'intoxication ou  
alerte de l'entourage : travail spécifique du médecin;**

**Conduites à tenir :**

**Importance d'évoquer alcool et ses risques dans un  
esprit positif, médical, sans moraliser, ni accuser, ni  
culpabiliser;**

**Insister sur les possibilités thérapeutiques sans les  
imposer.**

# 1) LE PATIENT DANS UN RÉSEAU DE COORDINATION DES ACTEURS DE SANTÉ

Autour du Médecin-référent = 2 rôles :

- Pilier de la prise en charge, rôle important (mise en place de l'abstinence et maintien sans dramatisation d'éventuelles rechutes, favoriser rétablissement des relations familiales satisfaisantes);
- Importance de la délégation de tâche.

Vers ASS (veille de la situation sociale et financière souvent compromise) /Psychothérapeute/Psychiatre/Alcoologue et addictologue/Infirmière)

Structure de soins (CHU, CSAPA, ANPAA, ALCOOCHOIX, Point alcool Rencontre Information PARI, CCAA, ...)

# OBJECTIFS DE L'ETP ET COMPÉTENCES ATTENDUES CHEZ LE PATIENT

Développer 3 types de compétences :

- **Auto soins = Soulager les symptômes, prendre en compte résultats d'une autosurveillance, impliquer son entourage dans gestion maladie, adapter des doses de médicaments**
- **Adaptation (qui soutiennent l'acquisition des compétences d'autosoins) = Se connaître, avoir confiance en soi, savoir gérer ses émotions, développement raisonnement créatif, prendre des décisions et résoudre un problème, s'observer, s'évaluer, se renforcer.**

- Education thérapeutique = diagnostique éducatif

Dimensions bio-cliniques : ce que le patient a  
(comprendre et expliquer, repérer)

Dimensions socio-professionnelles : ce que le patient fait

Dimensions cognitives : ce que le patient sait

Dimensions psy : ce que le patient est

Dimensions projectives : les projets du patient

# **III/ APPROCHE PSYCHOLOGIQUE TCC/ETP DES ADDICTIONS**

**Médecin : rôle d'accompagnant au long cours et de prise en charge; Rôle pédagogique, éducation.**

**Travail permanent sur la prévention de la rechute (attention au sentiment d'échec ou perte de motivation à aider = burn out du soignant).**

# PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE TCC POUR MÉDECINS EN LIBÉRAL

1ere phase : création alliance thérapeutique (empathie et motivation);

- Evaluation consommation (AUDIT), motivation, appréciation;

- Analyse fonctionnelle simple (émotions, évitement comportemental = travail de désarticulation méthodique de l'enchaînement

situation/émotions/pensées/comportements)

- Ne pas afficher une attitude rigoriste et interdictrice car augmentation angoisse et découragement;

- Prise en compte de la dépression, anxiété, alcool (évaluation psychométrique)

- Etablir une fiche (inspiré du diagnostique éducatif : savoirs)

- **Apporter au patient les informations sur l'alcoolodépendance et préciser l'objectif à atteindre;**
- **Evaluation du degré de coopération;**
- **Si cas difficile alors adresser le patient à un centre de soins spécialisé ou autres (centres spécialisés alcoologie) = renforcer les réseaux de socialisation**

**2ème phase : cure : ambulatoire ou milieu hospitalier (chaque modalité a ses avantages et ses inconvénients)**

- **Ambulatoire : ne nécessite pas d'arrêt de travail, le patient reste dans son milieu, abstinence totale plus difficile à obtenir, manifestations de sevrage moins contrôlés;**
- **Développement capacité d'autosoins et adaptation**

## **3ème phase : maintien de l'abstinence ou consommation modérée**

- **Augmentation de la fréquence des consultations (souvent émaillée d'épisodes de rechutes);**
- **Adresser le patient à un groupe d'anciens buveurs;**
- **Développement des bienfaits de la sobriété (vie sans alcool), accumuler les arguments en faveur de la sobriété, développement de l'ouverture existentielle**
- **Travail d'acceptation/tolérance à la détresse, ennui, colère**
- **Reconnaître les déclencheurs et éviter, distraction, ne pas ignorer les envies (surf), conscience de la sensation, dialogue interne, liste, différer, plan d'urgence, souvenirs désagréables**

# ALCOOL ET DÉPRESSION

**Quelle prise en charge ?**

**Moyen de créer alliance thérapeutique et de contourner d'éventuels dénis et augmente la motivation;**

**Modification des croyances dysfonctionnelles et schémas mentaux (imprègnent la personnalité);**

**Trouver des pensées alternatives .**

**Réactivation comportementale, augmentation de l'humeur (Seligman)**

# TRAVAIL SPÉCIFIQUE

**Faire des cercles vicieux psychologiques (renforcement de l'alcoolisation par sentiment de culpabilité, d'échec, affects dépressifs et anxieux);**

**Faire des cercles vicieux sociaux (renforcement des conduites alcooliques par complications socio-professionnelles, financières et familiales, qui isolent l'alcoolique et accentue le sentiment de dévalorisation et de culpabilité)**

**= Développement capacité observation et critique, recul**

# ALCOOL ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

**Modification des croyances = introduction des nuances, remises en question;**

**Modèle psychanalytiques : oralité,  
autodestruction masochiste, carences  
narcissiques, etc...**

**Pas de structures psychopathologiques  
uniques dans l'alcoolisme;**

**Certaines composantes s'expriment chez  
certains sujets à travers les comportements.**

**Trait de personnalité fondamental : Zuckerman et le concept de recherche de sensations (facteur favorisant);**

**4 facteurs principaux :**

- **recherche du danger et d'aventure;**
- **recherches d'expériences;**
- **désinhibition;**
- **sensibilité à l'ennui...**

# ADDICTION ET TP

- **Addiction, personnalité évitante, phobie sociale = développement de compétences communicationnelles;**
- **Addiction et affirmation de soi;**
- **Développement d'un répertoire comportemental et cognitif;**
- **Addiction et Trouble de la personnalité Borderline (colère, sécurité, émotions, autoinstructions);**
- **Alcool et gestion des émotions;**
- **Alcool et trouble de la personnalité narcissique (attitude orgueilleuse, et défensive, tempérament impulsif et dominateur) = développement de l'empathie**
- **Alcool et trouble de la personnalité histrionique (désir de séduire, combler le manque, culte de l'hypomanie compensatrice d'un dépit amoureux).**

**Prise en charge spécifique;**

**Alcool et qualité de vie ?**

***« la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».***

**SF 36, Axe 5 DSM IV; Hygiène de vie**



# **IV / EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU SOIGNANT (MÉDECIN)**

## **QUELLE EST LA PLACE DU MÉDECIN ?**

**Entre éducation thérapeutique (nécessité de se former = développer ses propres compétences psychosociales) et TCC psychothérapie;**

**Le médecin est entre les 2 pôles;**

- Conclusion :**

**Conscience du caractère indispensable de la prise en charge de la souffrance/physiologique et psychologique = actions en conséquence**