

LE CENTRE APTE : VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES ADDICTIONS

Bruno Didier

De Boeck Supérieur | « Psychotropes »

2004/1 Vol. 10 | pages 113 à 123

ISSN 1245-2092

ISBN 2-8041-4499-2

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-1-page-113.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le centre APTE : vers une prise en charge globale des addictions

Bruno DIDIER
Thérapeute au centre APTE
Émail : bruno_didier@hotmail.com

Résumé – Depuis 1994, le centre APTE accueille des toxicomanes et des alcooliques dans le même lieu et relève le défi de les soigner ensemble dans les mêmes groupes de thérapie et avec le même programme de traitement. Inspirée par le modèle du Minnesota, cette prise en charge de deux dépendances, réputées parfois incompatibles, mérite que l'on s'y attarde. La compréhension de cette approche nécessite un bref historique du modèle de traitement et de la genèse du centre Apte. Cette thérapie, innovante en France, nous en apprend davantage sur les points communs de ces deux addictions. L'article met en avant l'importance des groupes d'entraide dans ce type de traitement et partage réflexions et remarques cliniques autour de celui-ci.

Mots clés – Dépendance – Addiction – Entraide – Thérapie de groupe – Abstinence – Programme – Prise en charge.

APTE (Aide et Prévention des Toxicodépendances par l'Entraide), association à but non lucratif (loi de 1901) utilise un modèle thérapeutique d'origine américaine appelé *Hazelden* ou *modèle du Minnesota*.

Créée en 1993, l'association a ouvert le centre de soins de Bucy-le-Long en avril 1994. Le projet annoncé était le traitement conjoint des dépendances à

l'alcool ou aux drogues dans le même lieu, dans les mêmes groupes de parole et avec la même approche clinique. Dans le contexte de l'époque, le défi fut de démontrer la possibilité de considérer l'addiction globalement plutôt que de distinguer la toxicomanie de l'alcoolisme. D'abord centre expérimental, le centre APTE a obtenu l'accréditation en mai 2003.

Le public

Le centre accueille hommes et femmes majeurs ayant un problème de dépendance à une substance modifiant le comportement.

Il peut être question de dépendance à une ou à plusieurs substances. L'alcool, les différentes drogues et la plupart des médicaments ayant une influence sur le psychisme forment l'ensemble de ces substances.

Les conditions d'admission

Les futurs patients doivent répondre à des critères de compatibilité au traitement proposé. Les demandes de personnes ne répondant pas aux critères (DSM-IV) des addictions et celles qui présentent des co-morbidités trop lourdes sont écartées. L'abstinence de médicament (neuroleptique, anti-dépresseur...) préconisée dans le traitement peut présenter certains risques qui empireraient la situation des personnes les plus fragiles.

Les patients ne peuvent théoriquement effectuer que deux séjours à Apte mais un troisième est possible lorsque les deux premiers n'ont pas été accomplis complètement. L'équipe estime qu'au-delà de deux séjours, le patient qui n'a pas pu se maintenir abstiné doit trouver ses réponses ailleurs et que la méthode à montré ses limites avec lui. Dans ce cas, une orientation peut être proposée lorsqu'il y a demande.

La prise en charge administrative

La prise en charge administrative se fait sur deux modes distincts en fonction du type de dépendance pour lequel le patient est admis.

Pour les patients toxicomanes (12 places), Apte tient lieu de Centre de Soins Conventionné Spécialisé et l'accueil est conforme à la loi de 1970 (gratuité, anonymat). Pour les patients alcooliques (8 lits), le cadre juridique change et APTE devient une Maison de Santé Médicale.

Si le concept d'addiction montre une réelle cohérence théorique et clinique, il n'est pas encore intégré administrativement et juridiquement. Il a donc été nécessaire de faire appel à ces deux modes d'accès aux soins pour parvenir à une prise en charge globale des dépendances aux produits.

Dans les deux cas la durée du séjour est identique : 8 semaines.

Les objectifs

L'objectif est double. D'abord, il est nécessaire d'atteindre l'abstinence de toutes les substances précitées afin d'accélérer les processus de rétablissement physique et psychologique. Ensuite, accéder à une qualité de vie interne suffisante pour parvenir au maintien de l'abstinence et à la poursuite des progrès en vue de la sortie. Les patients qui ont développé le plus de ressources personnelles ont vu leur réinsertion d'autant facilitée.

Le dispositif

Apte est avant tout un centre de soins d'une capacité d'accueil de 20 lits, établi dans le village de Bucy-le-long, près de Soissons. Le lieu est divisé en 8 chambres de deux à trois lits et des salles spécifiques sont réservées à chaque activité (sport, groupe de thérapie, etc.). La majeure partie des activités a lieu sur place. Seules les consultations de médecins spécialistes, les sorties du week-end, la fréquentation des groupes de pairs et le sport en piscine ont lieu à l'extérieur.

Il existe aussi une antenne parisienne où ont lieu les entretiens préalables à l'admission et les groupes de suite.

Pour l'essentiel, l'équipe est composée de thérapeutes, d'une équipe médicale (médecin généraliste, infirmiers, psychiatre), d'une masseuse-relaxologue et d'une animatrice sportive.

Le fondement théorique

Dans les années quarante, l'idée d'une thérapie nouvelle, appuyée sur les groupes AA, intéresse plusieurs groupes de psychiatres américains, et particulièrement ceux du Minnesota. En 1946, l'hôpital de Center City commence à mettre en place cette conception des soins et ouvre le centre Hazelden en 1949. Pioneer House, à Minneapolis, démarre les premières thérapies pour malades

alcooliques en 1948. C'est l'équipe de Nelson Bradley qui, dès 1950, propose le Minnesota program au Willmar State Hospital. Le modèle est révolutionnaire pour l'époque. Les portes sont ouvertes. Les alcooliques sont séparés des malades mentaux et d'anciens alcooliques sont formés en tant que conseillers, thérapeutes spécialisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Quelques années plus tard, ce modèle de traitement s'est étendu à la dépendance aux drogues et aux addictions sans drogue (Spicer, 1993).

Apte a souhaité transposer le modèle de soin Hazelden ou modèle du Minnesota dans le système des pensées et des valeurs françaises et laïques.

Entièrement financée par des fonds publics, Apte a fortement écarté les aspects chrétiens et lucratifs de son modèle américain privé. Ici, l'accès aux soins est le même pour tous, quelle que soit la condition sociale du demandeur. Le rapport au patient n'est pas, à la différence des fondations privées que sont les centres de type Hazelden anglo-saxons, un rapport de clientèle. L'avenir du centre ne dépendant pas de ses patients, l'équipe thérapeutique reste indépendante dans ses décisions au sujet de chaque personne accueillie. Cette « indépendance » financière est peut-être la plus grande différence avec le modèle d'origine. C'est en tout cas une spécificité majeure d'Apte au regard de ses équivalents étrangers.

Une grande partie des options théoriques de ce modèle trouve ses origines dans les groupes de pairs nord américains que sont les Alcooliques Anonymes (AA) et Narcotiques anonymes (NA).

La dépendance est abordée comme une maladie. C'est une relation pathologique à un objet qui focalise l'essentiel des désirs et des pensées. Les conséquences de cette maladie sont physiques, mentales et spirituelles. Physiquement, la consommation de substance accroît la fatigue, altère certaines fonctions et dans certains cas extrêmes, entraîne la mort. Les conséquences mentales sont liées au déclenchement de comorbidités et surtout à l'aspect obsessionnel de l'envie de consommer qui prend le pas sur le bon sens le plus élémentaire. Spirituellement, les personnes sont affectées dans le sens où elles ne parviennent plus à agir conformément à leur propre système de valeur. Beaucoup de honte et de culpabilité remontent lors des récits liés à des vols et des violences, notamment envers les personnes qui leur étaient les plus chères. L'idée de maladie peut surprendre mais elle a le mérite de signifier aux dépendants la nécessité de se soigner. De plus l'idée d'être « malade » est souvent plus acceptable que le regard social majoritaire qui les évoquait comme des vicieux, des pervers, porteurs d'une tare ou comme des pauvres malheureux incapables d'avoir de la volonté et de la dignité.

C'est aussi une thérapie qui s'appuie d'abord sur l'entraide entre les dépendants. Cela peut paraître un non-sens mais c'est souvent entre eux que les

interactions sont les plus fructueuses. La parole de pairs positifs, dans une démarche de rétablissement crédible, est souvent mieux entendue que celle du professionnel.

Le déroulement du séjour

La prise de contact

Le premier contact a généralement lieu par téléphone. Une infirmière recueille les premières informations sur la demande et propose, le cas échéant, un entretien préalable d'admission. Les appels sont soit volontaires, soit induits par un proche, un professionnel ou une décision de justice.

L'entretien préalable d'admission

Il a lieu soit au centre de soins, soit à Paris, en fonction de la situation géographique du demandeur. Les entretiens sont exceptionnellement réalisés par des personnes non salariées d'Apte quand le demandeur est domicilié dans un département d'outremer.

Suite à cet entretien, les personnes estimées incompatibles avec le traitement sont prévenues sur le champ. En cas de doute, une décision d'équipe est rendue dans les meilleurs délais. Les patients admis doivent confirmer leur intention en téléphonant chaque mercredi. Cette procédure n'est pas destinée à mesurer la motivation mais répond à des impératifs de gestion de liste d'attente et de planification des entrées. Cette mesure est d'autant plus utile lorsqu'un sevrage préalable est à organiser à l'arrivée au centre.

L'attente moyenne entre cet entretien et l'admission est de 5 à 6 semaines.

L'arrivée au centre

La première journée du patient est articulée autour de l'équipe médicale : rencontre avec le médecin qui transmet le protocole de fin de sevrage aux infirmiers et au reste de l'équipe.

Le nouvel arrivant est fouillé (bagage et vêtements) avant tout contact avec les autres résidents. Il est alors présenté au groupe qui est chargé de l'accueillir de la meilleure façon qui soit. Un patient reçoit la tâche de lui faire visiter les lieux et de lui expliquer le fonctionnement.

Pendant les dix premiers jours, le nouveau ne peut ni sortir du centre, ni écrire ou téléphoner à l'extérieur. Cette disposition lui permet de mieux s'installer dans les lieux et la thérapie. Au-delà de cette période, un point phone est à sa disposition et il peut sortir aux heures indiquées dans le planning. La condition de sortie est l'obligation de rester avec au moins deux autres patients qui ont plus de dix jours de séjours.

Le nouveau est invité à participer au groupe aussitôt que possible.

Le sevrage

Il est recommandé aux nouveaux d'arriver avec la consommation minimum qu'il est capable de maintenir. Au-delà d'un seuil qui varie selon les substances, il est impératif qu'un sevrage ait eu lieu avant l'admission. La fin du sevrage se fait au centre. L'arrêt total prend effet immédiatement. Pour soutenir cette période délicate, un suivi médical avec des régulateurs de tension et des produits naturels à base de plante (tisanes et bains calmants) sont proposés.

Les activités

Toutes les activités planifiées sont obligatoires. Les dispenses sont exceptionnelles.

Le séjour est principalement axé sur les groupes de paroles et un travail écrit suivi individuellement.

Les groupes de thérapie

Animés par un thérapeute, les patients sont invités à revenir sur des exemples de leur consommation qui ont eu des conséquences négatives pour eux ou pour leur entourage. Le but est d'établir un lien entre la consommation de produits et leur situation actuelle. Cela constitue peu à peu un capital de souvenir que le patient peut mettre en contrepoint lorsqu'il a envie de consommer et qu'il pense davantage aux aspects bénéfiques de sa consommation. D'autres sujets sont aussi abordés, liés aux souvenirs qui ne manquent pas de refaire surface (abus sexuels, violence familiale, etc.). Des groupes à thèmes spécifiques sont mis en place dans ce but et aussi pour maintenir la cohésion du séjour et ne pas perdre l'objectif initial de vue : l'arrêt de la consommation et le rétablissement d'une vie acceptable. Les groupes permettent aussi aux résidents de se confronter les uns les autres sur leurs comportements respectifs au sein du groupe.

Le travail écrit

Il s'agit principalement d'une batterie de questionnaires. Tous les travaux écrits sont lus et discutés par le thérapeute avec le patient.

Les premiers questionnaires remis à l'arrivée donnent au patient les moyens de se récapituler sa situation actuelle et de faire un premier bilan.

Ensuite, il doit rédiger un petit récit de vie qu'il transposera oralement au groupe afin que celui-ci le connaisse mieux. C'est un moment difficile. Mais, une fois passé, le patient reçoit beaucoup de retour positif de ses pairs. Il entre alors de plein pied dans la thérapie. On remarque à ce moment un accroissement de l'investissement personnel dans le processus du séjour.

Les exercices suivants s'imprègnent largement des étapes proposées par les groupes d'entraide AA et NA.

La première étape revient par écrit sur les exemples de consommation ayant des conséquences négatives. Cela permet de réaliser autant l'ampleur des dégâts que l'ampleur des dangers en cas de rechute. Cette étape est la plus difficile car elle véhicule beaucoup de honte et de culpabilité. C'est la plus difficile mais son achèvement ouvre des perspectives plus optimistes.

La deuxième étape est basée sur l'apprentissage de la demande d'aide au groupe et l'acquisition de la confiance dans les solutions proposées.

La troisième étape est un exercice autour de la confiance en appliquant honnêtement les suggestions et en lâchant prise sur les résultats.

La quatrième étape est un travail d'introspection qui permet au patient de mieux cerner ses points forts et ses points faibles.

La cinquième étape est un échange en tête à tête de la quatrième étape avec une personne choisie par le patient lui-même.

Les cours didactiques

Quotidiennement, un petit cours est dispensé aux patients par un thérapeute ou un infirmier, en fonction du sujet du jour. Les thèmes sont liés au processus du rétablissement, à l'identification des émotions et des comportements, etc. Ces cours apportent de la matière aux réflexions des patients et des réponses aux questions qu'ils se posent en terme de rétablissement, surtout en vue de leur sortie.

Les journées familiales

Tous les quinze jours, cette journée spécifique a pour but d'améliorer les rapports, souvent faussés par la consommation, entre le patient et ses proches. La journée se découpe en un cours d'information sur la dépendance et ses conséquences dans la famille le matin et un entretien avec le patient, ses proches et un thérapeute l'après-midi.

Les thérapeutes

Les thérapeutes sont spécifiquement formés pour travailler dans l'esprit du modèle du Minnesota. Certains sont parfois d'anciens usagers de substances. Dans ce cas, ils fournissent au patient en plus de leurs compétences professionnelles, un modèle vivant d'espoir et de rétablissement, qui «parle le même langage» et qui peut difficilement le juger moralement (Blume, 1977). Il leur est demandé d'avoir au moins cinq années d'abstinence et de rétablissement avant d'accéder à la formation. Dans tous les cas, les futurs thérapeutes doivent justifier d'une formation antérieure intégrant des notions élémentaires de psychologie et d'addictologie.

Les soins corporels

Comme la fin du sevrage se fait sans soutien médicamenteux, il est nécessaire de diminuer les effets gênants du sevrage par d'autres moyens. Pour cela, l'usage de produits à base de plantes (escholzia, passiflore, etc.) remplace avantageusement la pharmacopée ordinaire. Ces produits sont principalement employés sous forme de bains calmants et de tisanes relaxantes ou tonifiantes. Les effets des plantes sont plus légers que les médicaments. Les plantes employées ont pour fonction d'amortir les effets négatifs du sevrage sans recréer une nouvelle dépendance à un médicament. Elles ne provoquent aucun phénomène d'accoutumance.

Une partie importante des soins corporels réside dans les massages à visée décontractante. Ces massages peuvent être dispensés en accompagnement du sevrage mais aussi, comme soutien lors de moments difficiles comme l'approche de l'entretien familial ou des périodes où la parole de somatisation liée au processus de thérapie. Ces massages individualisés vont généralement de pair avec des séances de sophrologie effectuées en petits groupes.

Dans une démarche de responsabilisation de soi, il était important qu'une implication personnelle soit demandée aux patients dans la reconquête corporelle. L'éducatrice sportive propose des séances de tai-chi et des exercices d'assouplissement et de remise en forme faciles à refaire seul ensuite. En piscine,

les patients peuvent apprendre à nager ou à se perfectionner en natation. Des exercices de détente pour se « réconcilier » avec l'eau sont également proposés.

Les autres activités

Des activités de loisirs sont également proposées, principalement les week-ends : promenades et visites des sites des environs, jeux de plein air et jeux de sociétés.

Chaque semaine est prévue une soirée musicale et une autre soirée est destinée à la projection d'un film.

Après la quatrième semaine, il est possible de passer une demi-journée en ville, accompagné de deux autres patients de plus de quatre semaines. Cette disposition est un bon moyen d'éprouver le chemin parcouru au centre de soins.

Les témoignages

C'est un des points essentiels du dispositif. Chaque semaine, deux anciens patients du centre (ou autres dépendants en rétablissement) viennent raconter leur parcours et ce qu'ils ont mis en place dans leur « nouvelle » vie. Cela constitue un facteur important d'espoir. Les témoins démontrent par leur seule présence que le rétablissement est possible. Le contenu de leur témoignage permet à certains de s'identifier à des personnes qui les ont précédés dans la même démarche qu'eux. Ils peuvent aussi prendre les coordonnées de ces témoins avec lesquels il est préconisé de garder le contact. Ces nouvelles relations peuvent s'avérer précieuses après la sortie. Elles constituent parfois le début d'un nouveau réseau d'amis plus propice au maintien des acquis que ne pourraient l'être les fréquentations d'avant le séjour.

Les groupes d'entraide

Pendant le séjour, les patients sont accompagnés à plusieurs reprises dans des groupes Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes afin qu'ils puissent prendre contact avec d'autres personnes ayant traversé des épisodes semblables dans leur vie. L'objectif est de leur favoriser les premiers contacts pour qu'ils puissent, une fois sortis, construire leur propre réseau de soutien.

La sortie

Après une retraite de huit semaines dans un lieu « sûr » en matière de substance, c'est sans doute le moment le plus délicat. Il est généralement vécu

comme le moment de vérité. Beaucoup redoutent cet instant ; ce qui, en définitive, est assez bon signe. Il serait étrange qu'une personne devenue consciente de sa fragilité vis-à-vis des produits et des conséquences pour elle d'une éventuelle rechute ne se fasse pas de soucis à l'idée de se confronter de nouveau aux situations de la vie courante.

Les retours

Les dépendants sont des personnes souvent difficiles à suivre après leur sortie. Néanmoins, Apte s'efforce de garder le contact avec ses anciens pensionnaires. Pour cela, une fête réunissant les anciens patients a lieu au centre de soins chaque mois de juin. Les chiffres fiables s'entendent ici sur cinq ans. Au-delà de cinq ans, les liens conservés avec les anciens deviennent plus aléatoires. Pourtant, il semble que cela ne soit pas forcément en rapport avec les rechutes mais souvent avec l'évolution personnelle et les choix de vie de chacun. Il semble qu'en moyenne un quart de ceux qui ont terminé leur séjour n'ont jamais rechuté. Un autre quart a rechuté par la suite mais a réussi à se récupérer sans l'aide du centre. On peut ainsi estimer qu'environ la moitié des personnes qui ont suivi l'ensemble du programme de soins est abstinente cinq ans plus tard.

Conclusion

Bien que les résultats soient incontestables, le modèle reçoit encore beaucoup de critiques, notamment sur le concept de maladie à traiter physiquement, mentalement et spirituellement (Spicer, 1993). Cette dimension spirituelle a fait l'objet de nombreuses polémiques. Peut-être devrait-on qualifier ce type de soins d'existentiels, pour en évacuer davantage les aspects religieux, voire sectaires qui pourraient facilement s'y rattacher. Néanmoins, le modèle du Minnesota constitue la majorité des prises en charge en Amérique du Nord. En Europe, son succès se fait grandissant dans un grand nombre de pays qui voient s'ouvrir de plus en plus de nouvelles structures.

Reçu en mars 2002

Bibliographie

- ALCOOLIKES ANONYMES (1963), *Alcooliques Anonymes*, New York, Alcoholics Anonymous world services inc., 1989.
- BLUME S.B., Role of the recovered alcoholic in the treatment of alcoholism. In: KISSING B. & BEGLETTTER, *The biology of alcoholism, vol. 5, Treatment & rehabilitation of the chronic alcoholic*, New-York, Plenum, 1977, 545-565.
- COOK C. C. H., The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency : miracle, method or myth ? Part II. Evidence and Conclusion. *British Journal of Addiction*, 1988, 83, 735-748.
- D'EPARGNIER C., UDRY C., Traitement des malades dépendants selon le modèle du Minnesota dans une clinique psychiatrique suisse, une expérience de treize ans, *Alcoologie et addictologie*, 2000, 22 (3), 239-246.
- NARCOTICS ANONYMOUS (1983), *Narcotics Anonymous*, Narcotics anonymous World Services, Inc., Van Nuys, California – USA, 1987.
- NARCOTICS ANONYMOUS, *Miracles Happen – The birth of Narcotics Anonymous in words and pictures*, Narcotics anonymous World Services, Inc., Chatsworth, California, USA, 1998.
- SPICER J., *The Minnesota Model : The evolution of the multidisciplinary approach to addiction recovery*, Center City, Minnesota USA, Hazelden Foundation, 1993.