UCLouvain

Faculté de santé publique

Gestion des addictions de produits psychotropes chez les patients sous libération à l'essai en hôpital psychiatrique médico-légal : Évaluation des outils et compétences des soignants

Réalisé par
Lara Fry-Nelson

Promoteur
Pierre Schepens

Co-promotrice
Colombine Godart

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

UCLouvain

Faculté de santé publique

Gestion des addictions de produits psychotropes chez les patients sous libération à l'essai en hôpital psychiatrique médico-légal : Évaluation des outils et compétences des soignants

Réalisé par
Lara Fry-Nelson

Promoteur
Pierre Schepens

Co-promotrice
Colombine Godart

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, mes promoteurs, Pierre Schepens et Colombine Godart, qui m'ont accompagné tout au long de ce parcours. Leurs remarques et propositions constructives ont été d'une grande aide. Je souhaite également remercier les responsables des unités Hegoa et Ukuma du Centre hospitalier Jean-Titeca qui m'ont donné l'autorisation de réaliser l'enquête au sein du centre. Sur la même lignée, je tiens à exprimer ma gratitude à tous les soignants qui ont participé aux entretiens et répondu au questionnaire. Leur participation a été précieuse pour l'avancée de l'enquête. Enfin, je remercie mes deux collègues avec qui j'ai réalisé ce mémoire coordonné. Leur entraide et soutien tout au long de ce projet ont été essentiels.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. L'intelligence artificielle a été utilisée dans le processus de ce mémoire à des fins de correction orthographique et de style.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, …) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I. Introduction 1

II. Cadre théorique 4

1. Le contexte de la psychiatrie médico-légale 4

1.1. L'internement 4

1.2. Le trajet de soin interné (TSI) 6

1.3. Un trajet de soins vers une réinsertion sociale, le rétablissement comme approche et comme objectif.. 11

1.4. Conclusion 12

2. La consommation de substances psychotropes 12

2.1. Le trouble de la consommation 14

2.2. Les effets des produits psychotropes 15

2.3. Les substances psychotropes et la psychiatrie, une comorbidité 17

2.4. Le rôle du soignant face aux troubles de la consommation 18

2.5. Les compétences des soignants face aux troubles de la consommation 19

2.6. Conclusion 21

3. Les outils pour accompagner la problématique de troubles de la consommation 21

3.1. SBIRT (screening, brief intervention and referral to treatment) 22

3.2. La réduction des risques 23

3.3. L'éducation thérapeutique 24

3.4. L'entretien motivationnel 24

3.5. La pharmacothérapie 25

3.6. Les psychothérapies 25

3.7. Des thérapies alternatives 27

3.8. Conclusion 29

4. Conclusion du cadre théorique 30

III. Méthodologie 31

1. Collecte des données 31

2. Public cible 32

3. Nettoyage des données 32

4. Type d'analyse 32

5. Recul réflexif 33

IV. Résultats 34

1. Les défis dans l'accompagnement des personnes internées ayant un trouble de la consommation de produits psychotropes 34

2. Les compétences liées aux produits psychotropes et à la gestion des troubles de la consommation 39

3. Les outils utilisés dans la gestion des troubles de la consommation 45

4. Les stratégies mises en place pour surmonter les défis 49

5. Le besoin en formation 52

6. Les barrières dans la mise en place de bonnes pratiques 55

7. Les propositions de pistes d'améliorations 59

V. Discussion 65

1. Confrontation à la littérature 65

1.1. Les compétences des soignants 65

1.2. Les outils et stratégies 70

1.3. Le contexte de l'internement 72

1.4. La complexité des soins 73

1.5. Le cadre du soin 75

1.6. Conclusion 76

2. Réflexion 76

2.1. Dualité des rôles 76

2.2. Les compétences des soignants 77

2.3. Les formations 78

2.4. La vision du rétablissement 79

2.5. Pistes d'améliorations 80

2.6. Conclusion 82

VI. Triangulation des mémoires 84

VII. Conclusion 90

VIII. Bibliographie 92

IX. Annexes 98

1. Annexe 1, Guide d'entretien 98

2. Annexe 2, Questionnaire quantitatif 99

3. Annexe 3, Codebook 107

I. Introduction

Nous sommes trois infirmières travaillant dans un centre hospitalier psychiatrique spécialisé dans le médico-légal, le Centre Hospitalier Jean Titeca. Nous œuvrons dans une unité d'internement, anciennement appelée unité de défense sociale. Au quotidien, l'équipe soignante pluridisciplinaire accompagne des patients sous statut d'interné dans leur projet de réinsertion sociale. Ce statut leur est attribué à la suite d'un méfait qu'ils ont commis et pour lequel ils ont été considérés comme non responsables de leurs actes en raison de leur diagnostic psychiatrique (Crocker et al., 2023).

Depuis des années, le monde de la psychiatrie fait face à une augmentation importante du taux de consommation de substances addictives au sein des hôpitaux psychiatriques (Gisle, 2019). Les unités d'internement ne font pas exception à la règle. Qu'il s'agisse d'alcool ou de substances illicites telles que la cocaïne et le cannabis, il y a une augmentation non négligeable de la consommation parmi les patients. Cette situation est préoccupante non seulement pour la santé des individus concernés, mais aussi en prenant en compte l'aspect médico-légal de ces unités. En effet, nous faisons face à des patients en libération à l'essai, confrontés à des conditions strictes de libération à respecter, dont l'abstinence peut faire partie (Service public fédéral, 2014).

Cette situation impacte directement les soignants, dont le rôle est d'accompagner les patients dans leurs projets de réinsertion sociale. Cependant, des consommations abusives représentent un frein à ce processus. Même en avançant aux côtés des patients et en les soutenant dans leurs projets, ces consommations peuvent impacter leur état clinique et compromettre ainsi les démarches entreprises. En effet, celles-ci peuvent entrainer un refus des organismes externes, un retour en prison ou une rechute dans les quelques mois qui suivent.

Il est naturel de faire le lien et de noter que la Belgique fait face à des défis majeurs en matière de surpopulation carcérale et de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en détention. Selon Vincent Spronck, directeur de la prison de Mons, « 19 détenus devraient être internés dans l'aile psychiatrique, mais faute de place, sont disséminés dans le reste de la prison, encadrés par des agents qui ne sont pas formés » (Spronck Vincent, 2022). Il est donc important d'éviter que la population en libération à l'essai finisse par retourner en prison, contribuant ainsi à cette surpopulation.

Il est aussi intéressant de noter que de nombreux patients hospitalisés au sein des unités d'internement ont des antécédents de problèmes liés à la consommation de produits psychotropes. Selon les statistiques du Service public fédéral Justice, en 2019, environ 2 détenus sur 3 étaient connus pour avoir consommé au moins occasionnellement. Tandis qu'un détenu sur 3 continue de consommer durant sa peine. Il est à noter qu'une des raisons récurrentes d'incarcération est liée à une problématique de toxicomanie (Service public fédéral justice, s.d.-b).

Continuer à consommer durant leur libération à l'essai va à l'encontre du respect de leurs conditions et peut avoir des conséquences telles qu'un retour en prison, aggravant ainsi la surpopulation carcérale comme stipulé ci-dessus. En 2019, le taux d'occupation moyen des prisons belges était de 120,6 %, soulignant l'importance de trouver des solutions efficaces pour prévenir les rechutes et favoriser la réinsertion sociale des personnes en libération à l'essai (Observatoire International des Prisons Belgique, s.d.).

Ce mémoire s'inscrit dans une approche tridimensionnelle de la problématique. En collaboration avec deux autres étudiantes, nous réalisons trois mémoires coordonnés sur le sujet. Nous avons décliné la problématique sous trois axes différents pour permettre une vision approfondie du sujet, et nous mettrons en commun nos résultats par la suite. Notre approche consiste à examiner cette problématique à travers une chronologie centrée sur l'hospitalisation : avant (les facteurs à l'origine de ces addictions), pendant (les stratégies de prise en charge des addictions chez les patients), et après (les ressources disponibles pour les patients après leur sortie afin de prévenir les rechutes).

Ce mémoire traitera des stratégies de prise en charge des addictions. L'objectif est d'évaluer les outils mis à disposition ou manquants, ainsi que les compétences des soignants. Dans ce contexte complexe, il est utile d'évaluer si les professionnels de la santé disposent des moyens appropriés pour accompagner efficacement les patients dans la gestion de leur usage de produits psychotropes.

Ceci ayant mené à la question de recherche qui suit : Quels outils et compétences un soignant doit-il avoir pour accompagner les patients en libération à l'essai avec des troubles de la consommation ? Enjeux de minimisation des risques de révocation, révision, suspension des conditions de libération à l'essai et favoriser leur réintégration dans la société.

Je débuterai par une analyse approfondie de la littérature pour mettre en exergue les éléments essentiels de cette problématique. Par la suite, je réaliserai des entretiens auprès des soignants du trajet de soins interné, et une analyse qualitative de ces entretiens sera effectuée. Sur la base de cette analyse et des différentes affirmations, un questionnaire sera transmis aux autres soignants pour évaluer si ces avis sont généralisés à l'ensemble du trajet de soins ou s'il existe des divergences. Finalement, une analyse quantitative des réponses au questionnaire viendra appuyer l'analyse qualitative, dans l'espoir de proposer des pistes d'amélioration pertinentes.

II. Cadre théorique

1. Le contexte de la psychiatrie médico-légale

La psychiatrie médico-légale se situe à la jonction de la psychiatrie et du droit. Elle se définit comme suit : *« La psychiatrie médico-légale est une sous-catégorie de la psychiatrie générale, dans laquelle l'expertise scientifique et clinique est appliquée dans des contextes légaux impliquant des questions civiles, criminelles, correctionnelles, réglementaires ou encore législatives »* (*Ethics Guidelines | AAPL - American Academy of Psychiatry and the Law*, 2005).

Que ce soit pour des situations de mise en observation ou des personnes sous statut d'internement, toutes relèvent d'une collaboration entre le monde de la psychiatrie et le monde juridique. Cette collaboration s'appuie sur différentes lois, dont celle du 26 juin 1990 qui traite de la mise sous protection des malades mentaux. Elle stipule que : *« Le droit permet, sous certaines conditions, d'assurer une protection du malade mental, en même temps que de la société, en obligeant la personne malade à recevoir des soins contre son gré. »* (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015b).

Dans le cadre des personnes ayant commis un délit ou un crime, la psychiatrie médico-légale s'intéresse davantage aux questions suivantes *: « La question de la responsabilité et la question relative à l'évaluation du risque et/ou à la réitération d'infractions graves »*. Lorsque la réponse à ces deux questions s'avère positive, ce sont ces personnes que l'on retrouve sous mesure d'internement, entre autres, dans les hôpitaux psychiatriques médico-légal (Leistedt, 2020).

1.1. L'internement

L'internement, anciennement appelé défense sociale, est défini comme étant *« un dispositif destiné aux auteurs de crimes ou délits considérés comme irresponsables de leurs actes en raison de leur état mental. Ce dispositif a pour double but de leur assurer des soins appropriés et de protéger la société. »* (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015a).

C'est une succession de lois (1930, 1964, 2007, 2014 et enfin 2016) qui a permis de mener au principe d'internement que l'on connaît à ce jour. Au fil du temps, les législations sur l'internement ont subi des ajustements, même si le fondement du concept est resté le même (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015a).

La première loi qui pose un cadre sur l'internement date de 1930. La Belgique a introduit cette loi dans le but de protéger la société des « aliénés dangereux » (Rossinelli, 2009). Cette loi a par la suite été abrogée en 1964. Dans cette version, *« la loi de défense sociale confie aux Commissions de défense sociale la décision des modalités d'application de la mesure ainsi que la mission de suivre l'évolution de la situation de l'interné et de prononcer une libération, à l'essai ou définitive. »* (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015a).

Par la suite, c'est la loi de 2007, relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, qui remplace la loi de 1964. Cette nouvelle législation met l'accent sur certains éléments importants :

- La substitution de la notion d'anormaux ou de déséquilibrés mentaux par celle de « personnes atteintes d'un trouble mental qui a gravement aboli ou altéré leur capacité de discernement ou le contrôle de leurs actes » ;
- La notion d'une « possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits » ;
- Des conditions précises pour la libération à l'essai et pour la libération définitive ;
- Le transfert de compétences des commissions de défense sociale aux tribunaux de l'application des peines, ce qui signe une judiciarisation plus importante et l'éviction du psychiatre qui était présent dans les Commissions de défense sociale (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015a).

Cette loi de 2007 n'a cependant pas été mise en vigueur, ayant reçu beaucoup de critiques. Notamment à cause de l'importance accordée à l'aspect juridique au détriment de l'importance des soins (De Spiegeleir, 2024).

Peu de temps après vient la loi de 2014 relative à l'internement des personnes : *« L'internement, tel que visé à l'article 9 de la présente loi, de personnes atteintes d'un trouble mental est une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société. »* (Service public federal, 2014). C'est dans cette loi qu'on perçoit la double nature de l'internement entre la protection de la société et l'offre de soins appropriés à la personne (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, 2015a).

La dernière loi de 2016 met en avant l'aspect évolutif de la maladie, permettant ainsi d'adapter la mesure en fonction de l'état de la personne et de l'évolution de sa maladie. L'internement n'a donc plus cette dimension de durée indéterminée. Ce changement de perspective a impliqué

des changements concrets dans le paysage de l'internement. Les rôles sont clairs. Tout d'abord, un rapport d'expertise médico-légale est réalisé permettant la prise de décision d'internement par une autorité judiciaire. Par la suite, la chambre de protection sociale intervient, c'est elle qui va déterminer le lieu de placement. Ce sont finalement les maisons de justice qui sont responsables du suivi de ces personnes, le but étant d'aller vers une libération à l'essai et idéalement une libération définitive (Thibaut de Maisières, 2017).

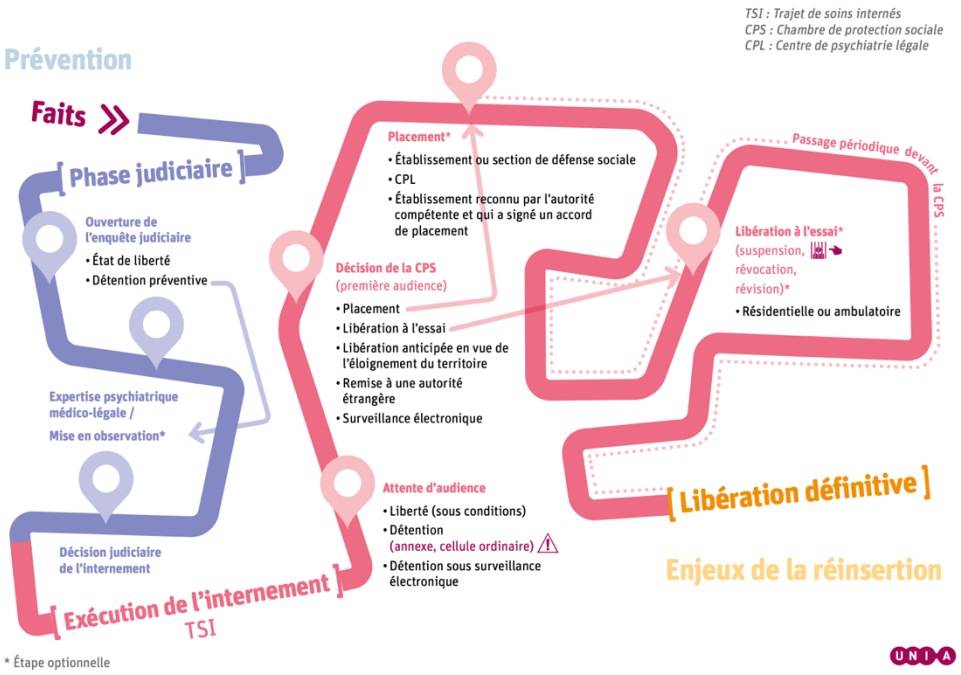
Une personne ayant commis un délit ou un crime peut donc être considérée comme non responsable de ses actes au vu de sa maladie mentale. Elle sera jugée comme personne criminellement non responsable suivant le fait que c'est un *« acte commis ou une omission faite alors qu'ils souffraient d'un trouble mental qui les rendait incapables d'apprécier la nature et la qualité de l'acte ou de savoir qu'il était mal. »* (Crocker et al., 2023). La personne reçoit le statut d'interné si elle réunit les trois conditions suivantes :

- La personne a commis un crime ou un délit portant atteinte à/ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers ;
- La personne est atteinte, au moment des faits et au moment de la décision, d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;
- Il existe un risque que la personne commette de nouveaux faits portant atteinte à/ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers (UNIA, 2023).

1.2. Le trajet de soin interné (TSI)

La Belgique a reçu de nombreuses condamnations (treize au total) venant de la Cour Européenne des droits de l'Homme, concernant la manière dont les internés sont pris en charge. En effet, les personnes internées sont trop nombreuses en annexe psychiatrique, un lieu qui n'est pas adapté à leurs besoins de soins, en raison du manque de place dans les établissements adaptés. Cette situation a mené à un plan d'action initié par le SPF santé publique et le SPF justice, le but étant de faciliter l'accès aux soins pour les personnes internées (Jaspis, 2018).

« Le trajet de soins de l'internement a pour but d'inscrire la mesure d'internement dans un circuit de soins adapté aux besoins individuels de la personne, tout en tenant compte du risque qu'elle représente, et tout en garantissant sa pleine réinsertion dans la société » (UNIA, 2023).



(UNIA, 2023)

La Belgique a fait des efforts en matière de prise en charge des personnes internées. Malheureusement, cela n'a pas suffi pour éradiquer totalement le problème de surpopulation et le manque de places. Il est donc intéressant de faire le point sur la répartition des internés au sein des différents établissements et de mettre en avant le trajet de soins par lequel les personnes internées passent avant une possible libération définitive.

⇨ ***Les prisons / annexes psychiatriques***

Il est considéré comme illégal pour les personnes internées de séjourner en prison (UNIA, 2023). Le délai d'attente pour un lieu de soins approprié oblige les patients à rester dans les annexes psychiatriques. Celles-ci ne sont pourtant pas en capacité de dispenser des soins adaptés et qualitatifs, ce qui va à l'encontre du principe même de l'internement et de la nécessité de soins. En effet, l'annexe psychiatrique n'est pas un lieu d'internement, mais un lieu de mise en observation permettant d'évaluer l'état mental de la personne (Cartuyvels et al., 2011). L'Observatoire International des Prisons (OIP) a réalisé un rapport sur l'annexe psychiatrique de Lantin. Ils lancent un appel à l'aide : *« En 2018, sur les 49 internés de leur établissement, 36 étaient en attente d'un transfert vers un établissement de défense sociale. »* Cette situation est, malheureusement, difficilement arrangée au vu de la surpopulation des établissements de défense sociale et du temps de transfert qui peut aller jusqu'à deux ans (OIP, 2018).

⇨ ***L'intra-pénitentiaire : Les établissements de défense sociale (EDS)***

Lorsque la CPS décide d'un internement, elle décide aussi du lieu de placement. Parmi les lieux de placement disponibles en Belgique, on trouve les établissements de défense sociale. Ce sont

des établissements que l'on peut définir comme étant *« à mi-chemin entre un établissement pénitentiaire typique et un hôpital psychiatrique »* (Service public federal Justice, 2024).

Les EDS ne sont malheureusement pas épargnés par la surpopulation, ce qui explique qu'une fois le placement ordonné, les personnes attendent longtemps en annexe psychiatrique (UNIA, 2023). Ceci peut s'expliquer par le peu d'établissements disponibles. En Belgique francophone, il y a « L'EDS Paifve », le « CRP Les Marronniers » pour les hommes, et le « CHP Le Chêne aux Haies » pour les femmes. Pour la partie néerlandophone, il y a les FPC (forensic psychiatrisch centrum) de Gand et d'Anvers (Similes, 2021).

⇨ ***L'extra-pénitentiaire : les centres de psychiatrie légale (CPL) et les centres psychiatriques sécurisés***

Le SPF Santé, conscient de la problématique liée à la place accordée aux internés, a libéré des subsides permettant d'accueillir cette patientèle dans des lieux leur offrant des soins adaptés (Auwers, 2021).

Une distinction est faite entre les lieux à haut risque/haute sécurité et les lieux à moyen risque/sécurité moyenne. Dans les lieux à plus haut risque, on trouve les centres de psychiatrie légale (CPL). Ces centres sont prévus pour l'accueil de patients ayant un état mental encore trop fragile pour être accueillis dans des hôpitaux psychiatriques résidentiels. Ils existent actuellement à Gand et Anvers, et un autre est planifié à Alost. En région wallonne, deux appels à projet pour des CPL sont en cours, à Paifve et à Wavre (Auwers, 2021).

Actuellement, les CPL ont peu de turnover. Les personnes internées en libération à l'essai proviennent plus souvent des établissements de défense sociale. Cela impacte grandement les listes d'attente qui ne cessent de s'allonger (UNIA, 2023).

⇨ ***La libération à l'essai***

L'objectif de toute personne internée est la libération définitive. Pour y arriver, elle pourra être mise en libération à l'essai. Suivant la loi de 2014, art. 25 : *« La libération à l'essai est une modalité d'exécution de la décision d'internement par laquelle la personne internée subit la mesure de sûreté qui lui a été imposée dans le cadre d'un trajet de soins résidentiel ou ambulatoire, moyennant le respect des conditions qui lui sont imposées pendant le délai d'épreuve »* (Service public federal, 2014).

C’est du domaine de la chambre de protection sociale (CPS) de juger de la capacité d’un interné à être sous libération à l’essai. La décision est prise selon l’évolution de l’état psychique de la personne et son habilité à se réinsérer socialement (UNIA, 2023). Cependant, cette mise en libération à l’essai est assortie de conditions. Certaines conditions sont générales à toute la population d’internés, telles que ne pas commettre d’infractions, tandis que d’autres seront individualisées selon le profil de la personne (UNIA, 2023). Par exemple, un individu peut avoir une condition liée à une interdiction de contact, notamment avec la ou les victimes de son délit.

Ces conditions permettent à la justice de cadrer cette libération et d’assurer un suivi. L’assistant de justice, qui assure le suivi de ces personnes lorsqu’elles sont en libération à l’essai, veille à ce que ces conditions soient respectées. L’assistant de justice assure donc un rôle d’accompagnement et de contrôle, servant de relais entre le justiciable et la CPS. Ils sont en charge de réaliser des rapports réguliers envoyés à la CPS. Grâce à une collaboration avec les intervenants psycho-médicosociaux, ces rapports démontrent l’avancée positive ou négative des personnes internées. Si la personne internée ne respecte pas ses conditions, elle risque une révocation, une révision ou une suspension de ses conditions. La révocation signifie une annulation des conditions de libération à l’essai, une révision implique une modification de celles-ci, et une suspension correspond à la mise en pause temporaire des privilèges le temps d’une réévaluation. La personne peut donc être amenée à retourner en établissement de défense sociale ou CPL et, dans le cas où il n’y a pas de place, en annexe psychiatrique (Coordinateur Trajet de soins internés (SPF santé publique) & Coordinatrice Circuit de Soins Externe Internés (SPF Justice), 2017).

Après trois ans sous statut de libération à l’essai, il est possible pour la personne de faire une demande de libération définitive. C’est alors sur la base des rapports du psychiatre de tutelle, ainsi que de l’assistant de justice, que la CPS prendra une décision. Il est donc important pour toute personne internée de respecter ses conditions de libération à l’essai pour pouvoir espérer une libération définitive (UNIA, 2023).

Quand l’option d’une libération à l’essai se profile pour l’interné, il a plusieurs possibilités de lieux de logement qui s’offrent à lui. C’est à la CPS de déterminer quel est le lieu le plus adéquat pour chaque personne. Dans cette optique d’offrir un accompagnement adapté aux personnes internées, une collaboration plus importante a été mise en place au sein du réseau de soins de santé mentale. Cela permet désormais l’accueil de personnes internées dans diverses structures, qu’elles soient spécialisées dans le suivi des personnes en libération à l’essai ou qu’elles soient

plus largement accessibles à toute personne ayant besoin de soins en santé mentale (Similes, 2021).

Le réseau de soins en santé mentale propose des soins spécialisés pour les personnes en libération à l'essai dans des unités spécialisées au sein d'institutions psychiatriques résidentielles. Ces institutions, contrairement aux CPL définis comme des établissements de haute sécurité, accueillent des patients présentant un risque moyen ou très limité de passage à l'acte agressif. À la différence des CPL et des établissements de défense sociale, qui ont un arrangement politique, les institutions psychiatriques résidentielles acceptent les personnes internées sur la base de candidatures, leur laissant la possibilité de refuser (UNIA, 2023). C'est d'ailleurs au sein d'un centre psychiatrique résidentiel que se déroulera cette étude.

En plus de ces unités spécialisées dans l'accueil des personnes sous libération à l'essai, des adaptations ont pu être faites dans les lieux extrahospitaliers et dans le réseau de soins dit «ordinaire», par exemple, dans les maisons de soins psychiatriques (MSP), les habitations protégées (IHP), les communautés thérapeutiques, qui ont reçu des subsides pour accueillir un nombre limité de places pour les personnes internées (Auwers, 2021).

Dans cette optique de renforcer la collaboration dans le réseau de soins, l'aspect ambulatoire a une place très importante. Il permet ainsi d'assurer une réinsertion sociale optimale mais aussi d'assurer un suivi continu. Trois types d'approches ambulatoires spécifiques aux personnes en libération à l'essai, incluant une centaine d'ETP soignants, sont actuellement proposées en Belgique :

- L'outreaching, qui a pour but d'accompagner les personnes n'ayant pas la possibilité d'avoir accès à des services spécialisés dans le soin aux personnes souffrant de maladies mentales. Dans ce contexte, cela fait référence au suivi des personnes se trouvant dans une annexe psychiatrique, en attente d'un transfert vers un lieu de soins approprié ;
- L'équipe mobile « trajet de soins pour les internés » accompagne les personnes dans leur quotidien de réinsertion sociale. Elle les oriente, les soutient dans leurs démarches et fait le lien entre les différentes structures fréquentées par le patient ;
- L'équipe FACT (Flexible Assertive Community Treatment) accompagne les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur processus de rétablissement (Auwers, 2021).

En 2018, un bilan a été réalisé sur ce trajet de soins interné, et de nombreuses recommandations ont été formulées pour améliorer ce parcours. Voici les principaux points : il faut travailler

davantage sur la collaboration entre tous les réseaux en se référant à la réforme en santé mentale. Cependant, il ne faut pas seulement se concentrer sur l'aspect « patient interné », mais aussi sur l'offre de soins de base. La déstigmatisation de cette population est importante pour faciliter l'accès aux soins essentiels (soins de première ligne, accès au logement, etc.). Il a également été relevé qu'il faut porter une attention particulière à l'amélioration de l'offre de soins disponible pour certains publics cibles au sein même des internés, tels que les toxicomanes ou ceux ayant des doubles diagnostics (Jacob, 2018).

1.3. Un trajet de soins vers une réinsertion sociale, le rétablissement comme approche et comme objectif.

Le rétablissement (recovery) en psychiatrie est une approche visant à permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de vivre avec leur maladie. Il se distingue du concept de guérison, car les maladies mentales sont chroniques et ne disparaissent pas complètement. Le monde biomédical a tendance à associer la guérison à une reprise de la vie active et un bien-être complet, tandis que le rétablissement vise une reprise de ce mode de vie sans pour autant attendre que la maladie disparaisse totalement. Cela est possible grâce à un travail sur l'identité de la personne. Il est important qu'elle se dissocie de la seule identité de «malade psychiatrique» ou, en ce qui nous concerne, de « malade interné » pour pouvoir se recentrer sur elle-même. Les recherches ont montré que le devenir des personnes n'est pas fortement lié à la sévérité de leur maladie. En effet, les facteurs qui influencent l'évolution de la maladie diffèrent de ceux qui déterminent le devenir de la personne. La qualité de vie des personnes atteintes de maladies mentales peut donc considérablement s'améliorer en suivant le principe du rétablissement. C'est pourquoi ce principe fait partie intégrante des soins, aux côtés de la prise en charge pharmacologique (Pachoud, 2015).

Étant donné que le but du trajet de soins interné est une réintégration sociale, l'intégration du concept de rétablissement est tout à fait pertinente. Cette approche de soins semble être adaptée à la plupart des patients du trajet de soins interné. C'est le modèle de référence utilisé au sein du centre hospitalier Jean-Titeca (centre hospitalier pris comme référence pour ce mémoire) pour les patients libérés à l'essai. Ce modèle de rétablissement a d'ailleurs été adapté au contexte de psychiatrie médico-légale (Titeca et al., 2019).

Le rétablissement en psychiatrie médico-légale implique plusieurs aspects pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux à reprendre une vie significative. Tout d'abord, un traitement adapté et bien toléré, prenant en compte tous les aspects de la maladie, est crucial.

De plus, il est essentiel de comprendre l'impact de la maladie sur le fonctionnement, l'autonomie et le bien-être de la personne. Le développement de l'introspection est également important, encourageant les individus à réfléchir sur leur expérience afin de mieux comprendre leur propre situation et les choix qu'ils ont faits. En effet, être capable d'avoir une conscience morbide, de pouvoir réaliser qu'ils sont atteints d'une maladie et qu'ils ont agi de la sorte en raison de leur maladie est un point important pour qu'ils puissent aller de l'avant. Le suivi judiciaire fait aussi partie intégrante de ce contexte médico-légal. Les patients doivent être responsables judiciairement et suivre leurs conditions de libération à l'essai pour pouvoir espérer une libération définitive. Finalement, le rétablissement vise à soutenir les personnes dans leur réintégration sociale et professionnelle, tout en surmontant les obstacles tels que la discrimination et la stigmatisation. Cela peut inclure des programmes de réintégration professionnelle et des activités thérapeutiques visant à favoriser le bien-être et la réintégration des individus (Titeca et al., 2019).

1.4. Conclusion

En conclusion, ce chapitre dépeint le paysage complexe de l'internement en Belgique. Il met en lumière les défis auxquels sont confrontés les personnes internées et les professionnels qui les accompagnent tout au long du trajet de soins interné. L'enjeu principal étant de garantir le mouvement au cœur de ce trajet de soins afin que la personne puisse recevoir les soins appropriés, en concordance avec son état clinique. L'objectif final est de favoriser un rétablissement permettant une réinsertion sociale menant ainsi à une libération définitive. Cependant, la surpopulation dans l'ensemble de ce parcours rend la tâche difficile. D'autant plus qu'une autre question, également au cœur des préoccupations de santé et de sécurité, vient complexifier la prise en charge : la consommation de substances psychotropes. D'où l'intérêt d'étudier cette question de la consommation de drogues et autres stupéfiants chez les patients libérés à l'essai.

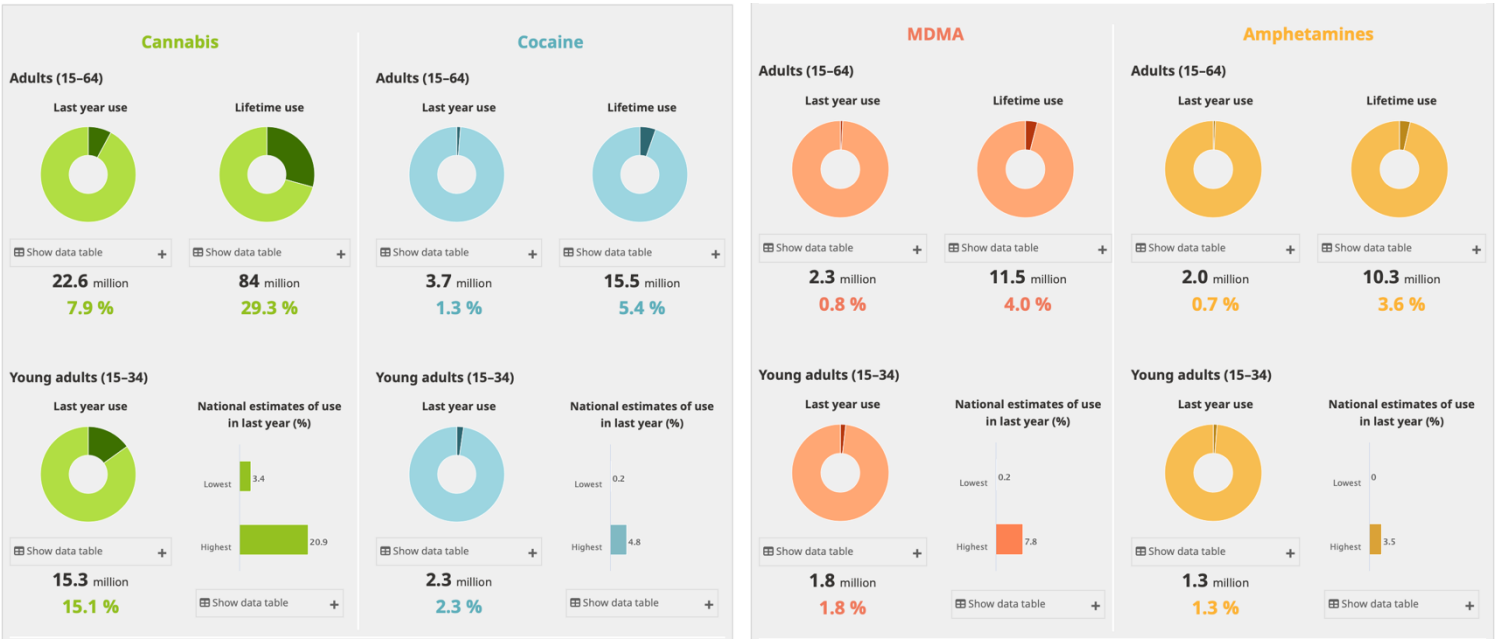
2. La consommation de substances psychotropes

Les produits psychotropes sont définis, selon Jean Delay, comme suit *: « Étymologiquement, un psychotrope est une substance qui donne une direction (un trope) à l'esprit. On appelle psychotrope une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification. On parle également de substance psychoactive. L'alcool, la nicotine du tabac, la caféine, le tétrahydrocannabinol du cannabis, etc. sont des psychotropes naturels,*

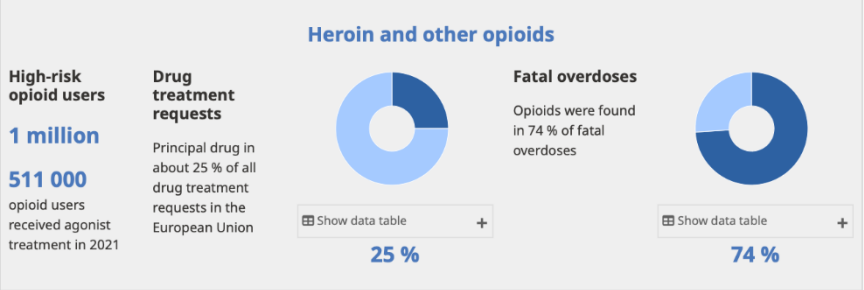
largement consommés à cause de ou en dépit de cet effet psychoactif. » (Drogue / Psychotrope / Stupéfiant / Toxique - Encyclopédie médicale, 2016).

L'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) publie annuellement un rapport européen sur les drogues. Leur mission est de promouvoir de meilleures politiques et la mise en place d'actions visant à réduire les risques liés à la consommation de drogues. Ce rapport analyse les tendances et les évolutions, mettant en évidence l'ampleur des problèmes causés par la consommation de drogue dans la société (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2022).

Les figures ci-dessous présentent les chiffres de la consommation de drogue en Europe, divisés en fonction des produits psychotropes les plus consommés. Les chiffres sont basés sur un échantillon de personnes âgées de 15 à 64 ans ou de 15 à 34 ans et sont répartis en fonction de la consommation au cours de l'année précédente (last year use) ou de la consommation au cours de la vie (lifetime use). Une estimation nationale des consommations dans l'année écoulée est aussi faite (national estimates of use in the last year). Les données concernant l'héroïne et autres opioïdes démontrent qu'il y a 1 million d'usagers à risque (high-risk users) et que plus de la moitié ont reçu un traitement agoniste. De plus, les opioïdes sont à l'origine de 25 % des demandes de soins dans l'Union européenne (drug treatment requests) et de 74 % des overdoses fatales (fatal overdoses) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2023).



(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2023)



(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2023)

Ces données étant à une échelle européenne, une comparaison à échelle nationale est intéressante. On peut constater que la Belgique se rapproche de ces chiffres et que l'usage de drogues est une réelle problématique sociétale. Voici les données nationales de 2018 pour les personnes de 15 à 34 ans : cocaïne (2,9 %), amphétamines (0,8 %), cannabis (13,6 %), MDMA/ecstasy (2,5 %), héroïne et autres opioïdes (aucune donnée disponible) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2023).

Concernant l'alcool, bien que légal, il reste une substance psychotrope. Selon les données de l'OMS de 2019, la consommation totale en Belgique est de 10,8 litres par habitant. La prévalence d'une consommation problématique (témoignant d'une dépendance) dans la population de plus de 15 ans se situe en 2018 à 7 % (Siensano, 2020).

La problématique liée à la consommation de produits psychotropes doit être évaluée en fonction de l'impact de cette consommation sur le fonctionnement de la personne. Les conséquences varient selon le contexte et le type de consommation, qui peut être classifiée comme suit : « l'usage simple (exploratoire ou occasionnel), l'usage à risque (lié à la recherche d'épisodes intenses mais restant contrôlé), l'usage abusif (répétitif provoquant des dommages), et la dépendance/addiction. » (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

2.1. Le trouble de la consommation

Selon une étude réalisée en 2016 par le SPF Santé et Justice auprès d'un établissement de défense sociale et d'établissements pénitentiaires, 56,3 % de l'échantillon de détenus présentent un trouble lié à la consommation de substances psychotropes. L'usage à risque de cette population pose des soucis au sein des établissements et impacte le processus de réinsertion de ces personnes dans la société (Géraldine et al., 2016).

Le trouble de la consommation est caractérisé, selon le DSM-5-TR, comme *« un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant une consommation persistante malgré les problèmes significatifs liés à celle-ci. Ce trouble implique une perte de contrôle de cette consommation entraînant une altération du fonctionnement social et une*

consommation risquée. Cette altération du fonctionnement peut se manifester par un échec à répondre à leurs obligations, une participation réduite à des activités sociales ou professionnelles, des problèmes interpersonnels, etc. » (American Psychiatric Association, 2022).

L'addiction est quant à elle définie selon Goodman comme étant *« un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et l'atténuation d'une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »* (Reynaud et al., 1999).

Une différence est faite entre la dépendance physique et la dépendance psychique. La dépendance physique est liée à un besoin de la personne de consommer pour éviter les symptômes de sevrage, qui sont une réponse physiologique au manque du produit consommé. La dépendance psychique est, quant à elle, liée au plaisir recherché dans cette consommation. C'est une quête continue du bien-être ressenti, qui devient une obsession (Reynaud et al., 1999). *« Chaque substance psychoactive possède, à des degrés divers selon le produit, un potentiel hédonique (procurer du plaisir), un potentiel thérapeutique (apaiser une souffrance) et un potentiel social (facilitation des interactions sociales et intégration sociale) »* (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

2.2. Les effets des produits psychotropes

Les produits psychotropes peuvent être classés en trois catégories, en fonction des effets qu'ils produisent sur le cerveau :

- Les dépresseurs du système nerveux central, comprenant l'alcool et l'héroïne.
- Les stimulants du système nerveux central, comprenant la cocaïne et les amphétamines.
- Les perturbateurs du système nerveux central, comprenant le cannabis et le MDMA (Amar & Léonard, 2002).

Les dépresseurs ont tendance à agir comme des anesthésiants pour le cerveau, altérant la perception de la réalité et ralentissant les fonctions corporelles (*Connaître les drogues et leurs effets*, 2017). L'alcool est une substance qui agit comme un anesthésiant. Les personnes qui en consomment en grande quantité verront un changement dans leur comportement et pourraient avoir des difficultés de coordination. Les effets principaux sont : des réactions ralenties, une perte d'équilibre, des difficultés à marcher, un sentiment de détente, une désinhibition, des idées

confuses, des troubles de l'élocution, etc. (*Alcool*, 2017). L'héroïne, un dérivé de la morphine, agit comme un dépresseur mais peut aussi agir en tant que perturbateur. Les principaux effets sont : une euphorie, un apaisement, un sentiment d'extase, de la transpiration, des démangeaisons, et un ralentissement des gestes (*Héroïne*, 2017).

Les stimulants du système nerveux central ont tendance à surexciter la personne et à causer de l'agitation (*Connaître les drogues et leurs effets*, 2017). Lors de la prise de cocaïne, les consommateurs connaissent deux phases : une phase d'euphorie accompagnée d'un sentiment de toute-puissance, d'un pic d'énergie, d'une perte d'appétit, et d'une absence de douleur. La deuxième phase est celle de la descente, caractérisée par de l'anxiété, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, de la paranoïa, des hallucinations, de la panique, etc.(*Cocaïne*, 2017). Les amphétamines suivent le même schéma : les premiers effets incluent un pic d'énergie, de l'agitation, des tics nerveux, une logorrhée, un sentiment de toute-puissance, une augmentation de la vigilance, et une euphorie. Une fois les premiers effets passés, des effets plus négatifs apparaissent tels qu'un épuisement intense, de l'irritabilité, de l'angoisse, une humeur labile, et des troubles du sommeil (*Amphétamines*, 2017).

Les perturbateurs, également appelés hallucinogènes, engendrent une désorientation chez les consommateurs et perturbent leur perception de la réalité en altérant les sens (vue, toucher, ouïe) (*Connaître les drogues et leurs effets*, 2017). Les effets principaux lors de la prise de cannabis incluent un apaisement, une sensation de bien-être et de relaxation. Cependant, cette sensation de bien-être est accompagnée d'une diminution de la concentration et de la capacité de jugement, d'une diminution de la mémoire à court terme, de somnolence, de désorientation dans le temps et l'espace, et d'une réduction de la capacité à s'organiser et à traiter des informations complexes (*Cannabis*, 2017). Les effets de la MDMA se rapprochent de ceux des substances stimulantes, mais de manière moins intense. Les effets incluent une intensification des émotions, une euphorie, un désir de sociabiliser, une perturbation de la perception sensorielle, une déshydratation, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, une diminution de l'attention et une augmentation du temps de réaction, ainsi qu'une perturbation de la coordination des mouvements. Comme avec la cocaïne ou les amphétamines, une fois les effets de la drogue dissipés, les consommateurs font face à des émotions plus négatives pouvant durer plus ou moins longtemps (*MDMA (ecstasy)*, 2017).

2.3. Les substances psychotropes et la psychiatrie, une comorbidité

La consommation de produits psychotropes dans un contexte psychiatrique a une influence particulière. Elle peut provoquer un trouble psychiatrique aigu ou chronique, ou, au moins, aggraver des symptômes préexistants (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

Selon l'EMCDDA, *« environ 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie en Europe ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances, principalement d'alcool, de sédatifs ou de cannabis ».* Ces chiffres sont parlants lorsqu'on sait qu'une corrélation existe entre la consommation de substances et l'apparition de troubles de la personnalité. Une enquête américaine (US National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) a démontré que *« environ la moitié des consommateurs de drogues souffrent d'au moins un trouble de la personnalité »* (Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004).

Le cannabis est un bon exemple de cette corrélation. Sa consommation entraîne ce qu'on appelle des « psychoses cannabiques », caractérisées par des hallucinations, des délires et une désorganisation de la pensée. Chez les personnes plus vulnérables, sujettes à l'anxiété, à des crises d'angoisse, etc., cette consommation de cannabis peut accentuer ces émotions. Dans les cas plus graves, elle peut révéler ou aggraver des troubles psychiatriques, exacerbant les symptômes psychotiques sous-jacents (Maison interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie & INPES, 2006).

Selon un rapport du service public fédéral belge publié en 2021, les hospitalisations en hôpital psychiatrique liées à « des problèmes causés par une consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives » sont en nette augmentation. Pour les hommes, cela représente 36,4 % des diagnostics ; pour les femmes, 19,6 % (Service public federal, 2021).

L'EMCDDA présente aussi la population carcérale comme étant particulièrement à risque de comorbidité toxicomanie/trouble psychiatrique. La consommation de drogue étant plus importante en prison comparée à la population générale, les détenus sont naturellement plus à risque. L'incarcération est vue comme un facteur aggravant les troubles psychiatriques et de consommation, les personnes ayant purgé de longues peines ayant un taux élevé de rechutes dans l'usage de drogues (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2022). Dans le cadre de l'internement, on pourrait même parler de triple comorbidité : l'incarcération étant

un facteur de risque, le trouble psychiatrique un autre, et la consommation abusive exacerbant les troubles psychiatriques.

Il est établi que la consommation amplifie les symptômes psychiatriques. Cependant, il est également observé que les troubles psychiatriques favorisent un comportement toxicomane. Ce phénomène peut s'expliquer par des stratégies d'adaptation (coping) ou d'automédication. Par exemple, les personnes souffrant d'hallucinations auditives peuvent utiliser la consommation pour les atténuer (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

Dans ce contexte, les stratégies de coping et d'automédication peuvent être définies comme «une consommation autodéclarée d'alcool et/ou de drogues utilisée comme mécanisme d'adaptation pour faire face aux symptômes difficiles associés à la maladie mentale » (Turner et al., 2018).

2.4. Le rôle du soignant face aux troubles de la consommation

Le trouble de la consommation est considéré comme une maladie chronique. Les personnes souffrant de ce trouble ont donc besoin d'accompagnement et de soins de longue durée. Les soignants jouent un rôle important dans l'accompagnement tout au long du processus de rétablissement, menant vers l'abstinence ou, du moins, une consommation contrôlée (Zobel & Savary, 2021).

Le rôle des soignants dans ce contexte est varié mais peut, principalement, se répartir en trois fonctions différentes : « la fonction thérapeutique, la gestion du risque et la fonction éducative.» (Zobel & Savary, 2021).

⇨ ***La fonction thérapeutique***

L'approche thérapeutique dans la problématique des addictions a pour objectif d'accompagner les patients dans l'arrêt des comportements addictifs et la prévention des rechutes. La prise en charge globale inclut une approche multidimensionnelle (pharmacologique, psychologique, somatique et sociale). Le soignant, dans sa fonction thérapeutique, permet de faire un diagnostic individualisé des besoins de chaque personne pour pouvoir les accompagner en fonction de leur vécu, de leur personnalité, etc. (Laqueille & Liot, 2009).

⇨ ***La gestion du risque***

La consommation de produits psychotropes peut mener à des comportements à risque. Les soignants jouent un rôle important dans la réduction de ces risques. Dans le contexte de la

psychiatrie, un exemple typique est celui des interactions médicamenteuses avec les produits consommés. Il est essentiel que les soignants puissent objectiver une consommation pour éviter toute interaction néfaste pour le patient (Haute Autorité de Santé, 2019).

⇨ ***La fonction éducative***

L'approche éducative permet de fournir aux personnes concernées par cette problématique les connaissances nécessaires pour comprendre leur addiction ainsi que les conséquences sur leur santé physique et mentale. Les soignants sont aussi présents pour les guider vers les bonnes ressources pour surmonter cette maladie (Haute Autorité de Santé, 2019).

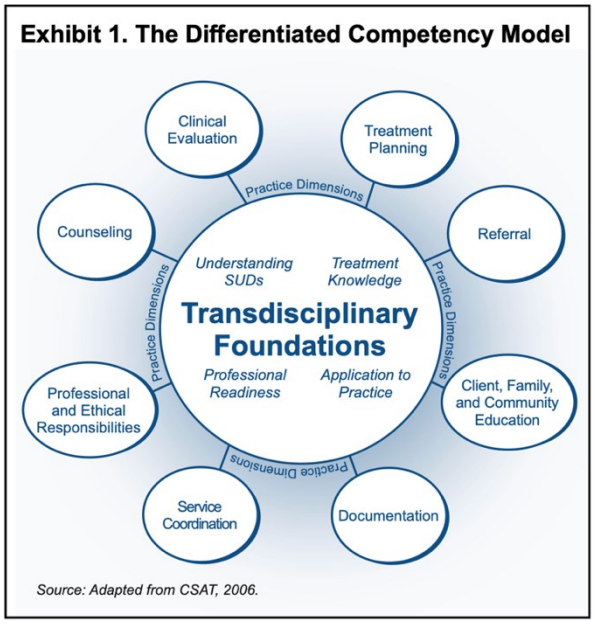
2.5. Les compétences des soignants face aux troubles de la consommation

Selon l'OMS, une compétence implique « la capacité prouvée d'utiliser des connaissances, des aptitudes et des attitudes pour accomplir des tâches spécifiques avec succès dans des situations professionnelles » (OMS, 2022).

La SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), qui publie divers rapports sur l'accompagnement des addictions, a établi des lignes directrices reprenant les compétences et connaissances essentielles pour la gestion des troubles liés à la consommation de substances, ainsi que les attitudes à adopter (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

Quatre compétences centrales sont identifiées :

- **Compréhension des troubles liés à l'usage de substances (SUD)** : Cela inclut la connaissance des modèles et théories des SUD et la compréhension de leur impact.
- **Connaissance des différentes approches et traitements disponibles** : Connaître les divers modèles de traitement et de rétablissement, ainsi que les ressources communautaires.
- **Application de la théorie en pratique** : Savoir adapter les stratégies de traitement aux besoins individuels des clients.



(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

- **Aptitude professionnelle** : Intégrer les besoins des groupes culturellement divers, respecter les normes éthiques et poursuivre une formation continue (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

En plus de ces compétences centrales, huit autres compétences liées à la pratique clinique ont été identifiées :

- **Évaluation clinique** : Effectuer un dépistage et une évaluation précise des besoins des patients.
- **Planification du traitement** : Collaborer avec les patients pour établir des objectifs de traitement réalistes et mesurables.
- **Orientation** : Faciliter l'utilisation des ressources et des services communautaires.
- **Coordination des services** : Collaborer avec différents services pour répondre aux besoins des patients.
- **Conseil** : Aider les patients à progresser vers leurs objectifs de traitement par des processus collaboratifs.
- **Éducation du patient, de la famille et de la communauté** : Fournir des informations sur les risques liés à l'usage de substances et les ressources disponibles.
- **Documentation** : Enregistrer avec précision toutes les informations pertinentes sur les patients, y compris les rapports d'évolution.
- **Responsabilités professionnelles et éthiques** : Adhérer aux normes éthiques et comportementales (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

Pour être davantage complet dans leur approche, certaines attitudes ont été identifiées comme cruciales :

- **Empathie** : Se mettre à la place du patient pour mieux comprendre ses expériences.
- **Non-jugement** : Accueillir le patient sans critique pour favoriser un climat de confiance.
- **Soutien à l'autonomie** : Encourager les patients à prendre des décisions concernant leur propre traitement.
- **Patience** : Reconnaître que le processus de rétablissement peut être long et complexe.
- **Bienveillance** : Promouvoir activement le bien-être des patients.
- **Authenticité** : Être sincère et véritablement engagé dans la relation thérapeutique (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019).

En adoptant ces compétences et attitudes, les soignants peuvent offrir des soins de haute qualité et adaptés aux besoins divers des patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances.

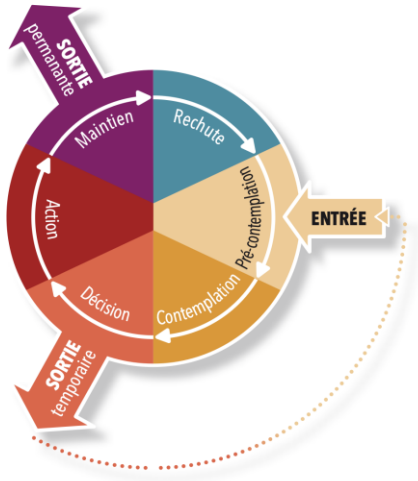
2.6. Conclusion

En conclusion, la consommation de substances psychotropes représente une problématique sociétale majeure, impactant de manière significative la santé mentale et physique des individus. Ces substances, que ce soit l'alcool ou les drogues, modifient l'activité mentale et peuvent mener à des usages à risque ainsi qu'à des dépendances. Dans ce contexte, les soignants jouent un rôle crucial en offrant un accompagnement et des soins adaptés, en adoptant des approches thérapeutiques, éducatives et de gestion des risques. Les compétences et attitudes des soignants, telles que l'empathie et le soutien à l'autonomie, sont essentielles pour fournir des soins de qualité et favoriser le processus de rétablissement. La gestion de cette problématique nécessite une compréhension approfondie des troubles liés à l'usage de substances et l'application de traitements diversifiés, adaptés aux besoins individuels des patients.

3. Les outils pour accompagner la problématique de troubles de la consommation

La gestion des troubles de la consommation nécessite une approche diversifiée, tenant compte de la singularité de chaque parcours et des multiples facteurs à prendre en compte. Pour ce faire, différents outils existent et sont utilisés à différentes étapes du processus de rétablissement. En se référant à la roue du changement de Prochaska et DiClemente, les outils utilisés varient en fonction du stade où se trouve la personne dans son cheminement (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

LES SIX ÉTAPES DU CHANGEMENT SELON J. PROCHASKA ET C. DICLEMENTE

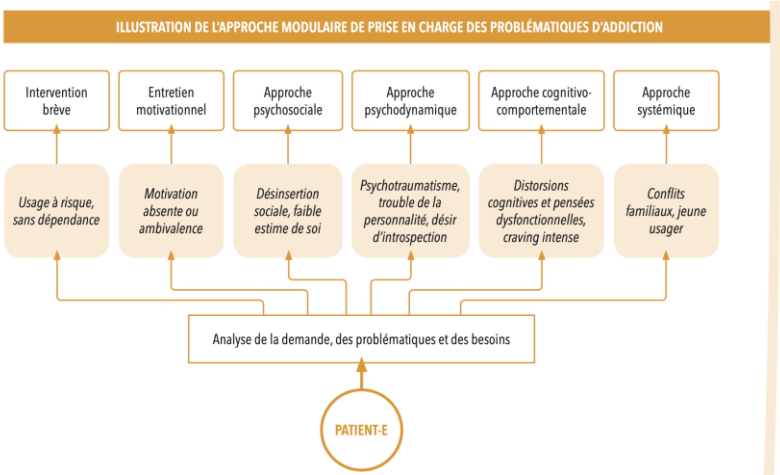


La reprise de la consommation comme la rechute font partie du traitement. Elles signalent un besoin d'adapter le traitement.

Stades	Manifestations	Que faire ?
Pré-contemplation	L'usager·ère ne perçoit pas son usage comme problématique et met en place des mécanismes de déni	› Instaurer une stratégie de réduction des risques › Réaliser un entretien motivationnel
Contemplation	Ambivalence entre les avantages tirés de la consommation et les conséquences négatives ; réflexion sur des changements de consommation	
Préparation	Détermination de l'usager·ère à organiser un changement, à penser un plan d'action	› Valoriser les décisions de changement › Soutenir la recherche d'une stratégie efficace (objectifs, ressources, planifications)
Action	Modifications du style de vie, avec ressenti des difficultés	› Soutien, encouragement
Maintien	Consolidation Risques élevés de rupture du cycle de changement	› Évaluer les situations à risques › Préparer un plan d'urgence pour y faire face › Valoriser les efforts
Reconsommation / rechute	Reprise de la consommation, isolée ou régulière	› Dédramatiser › Être tolérant › Adapter › Mobiliser les soutiens
Sortie	Réussite du processus	› Soutenir

(Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

Chaque situation étant unique, il est possible d'identifier les outils les plus adaptés à chaque personne en fonction de ses besoins spécifiques. Combiner plusieurs outils peut être bénéfique lorsque la situation de certaines personnes nécessite une approche multidimensionnelle (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).



(Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

3.1. SBIRT (screening, brief intervention and referral to treatment)

Le SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment), pouvant être traduit en français par une approche de dépistage, d'intervention brève et d'orientation vers un traitement, est « une approche en santé publique, globale et intégrée, pour la prestation de services d'intervention précoce et de traitement aux personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi qu'à celles qui sont à risque de développer ces troubles » (Babor et al., 2007).

- **Screening** :

L'étape du dépistage consiste en un dépistage systématique pour évaluer la probabilité qu'une personne présente des troubles liés à la consommation de substances (Babor et al., 2007). Ce dépistage peut se réaliser grâce à des questionnaires évaluant, par exemple, la quantité consommée, la fréquence, les signes de dépendance, etc. D'autres outils, tels que des échelles, peuvent aussi être utilisés pour aboutir à une évaluation de la sévérité du trouble et de l'impact qu'il a sur la vie des personnes (Babor et al., 2007). Des exemples de questionnaires et d'échelles utilisés sont : ASSIST (évalue la consommation et les risques liés), QMICA (Questionnaire de mesure de l'intensité des conduites addictives), et des échelles de dépistage par produit (AUDIT : alcool, CAST : cannabis, ECAB : benzodiazépine) (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017)

Un outil de dépistage utilisé, entre autres, en psychiatrie médico-légale est le diagnostic ou le suivi d'intoxication par une toxicologie urinaire. Cet outil permet d'avoir une vision objective de la sévérité du trouble lié à l'usage de substances, grâce à des dosages de chaque substance

dans le sang. Cependant, cet outil présente des limites : les dosages varient en fonction du moment de la prise d'urine, et les patients sont parfois capables de falsifier les échantillons. De plus, c'est un outil coûteux (Protais, 2015).

- **Brief intervention :**

Si le dépistage révèle un trouble ou un risque de trouble lié à l'usage de substances, une brève intervention peut permettre d'intervenir rapidement. Cette étape peut varier en fonction des individus et peut inclure des entretiens motivationnels, de l'éducation thérapeutique, une introspection sur leur consommation, une séance d'information concernant les effets négatifs de la consommation, etc. (Babor et al., 2007).

- **Referral to treatment :**

Cette étape se situe à la fin du processus, une fois que les deux étapes précédentes ont déterminé que la personne a besoin d'une prise en charge plus poussée dans la gestion de son trouble. Le rôle du soignant dans cette étape est d'aider les personnes à comprendre les options qui se présentent à elles, telles qu'une cure de sevrage ou un programme de réduction des risques (Babor et al., 2007).

3.2. La réduction des risques

Bien que le contexte de libération à l'essai n'autorise pas les internés à consommer des substances psychotropes, nombreux sont ceux qui persistent dans cette pratique. Compte tenu du chemin souvent long et complexe vers un sevrage complet, l'adoption d'une perspective de réduction des risques peut s'avérer pertinente pendant cette période.

« La réduction des risques et des dommages désigne un ensemble de mesures mises en œuvre pour prévenir et éviter les complications sanitaires (abcès, surdoses, septicémies, infections VIH) découlant de l'usage de drogues » (Beck et al., 2019).

Dans l'approche de la réduction des risques, le patient est placé au centre du processus et joue un rôle actif dans la gestion de sa santé. Les soignants adoptent une posture de non-jugement et sont compréhensifs envers les personnes en s'adaptant à leur rythme. Dans cette approche, l'abstinence n'est pas vue comme le but à atteindre absolument. L'accent est mis sur la réduction des risques liés à la consommation, surtout dans les situations où l'arrêt immédiat n'est pas envisageable. Cette réduction des risques se matérialise par des initiatives telles que l'éducation sur les dangers, la mise en place de lieux sécurisés pour la consommation, la

vérification des substances avant usage, etc. (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2019).

Cette approche est également déployée dans le contexte carcéral, où des séminaires sont instaurés pour informer les individus sur les risques associés à leur consommation et les sensibiliser aux pratiques permettant d'éviter tout dommage lié à l'usage de substances (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2019).

3.3. L'éducation thérapeutique

Dans le contexte d'une addiction, considérée comme une maladie chronique, l'éducation thérapeutique est définie comme « une approche qui vise à renforcer le rôle actif du patient dans son propre processus de soins. Elle s'appuie sur une démarche pédagogique pour promouvoir l'autonomie et la responsabilisation du patient » (De La Tribonnière et al., 2016).

Différents aspects sont à prendre en compte pour permettre une éducation thérapeutique réussie, le principal étant une relation thérapeutique saine basée sur une posture éducative bienveillante. Il est important de considérer le patient comme un expert de sa santé. Le soignant lui donne les outils pour potentialiser cette expertise. En addictologie, le processus d'éducation thérapeutique démarre par un bilan d'éducation partagé (BEP) qui permet de faire le point sur les besoins, attentes, motivations, ressources et difficultés du patient. Cela permet ensuite de définir un plan individualisé. L'éducation thérapeutique favorise l'adhésion aux soins et encourage la participation active des personnes dans la construction de leur projet de soins. En bref, l'éducation thérapeutique met en avant : la dimension holistique de la maladie, l'implication du patient, la relation thérapeutique, l'adaptation du soignant au patient et la participation active du patient dans son projet (De La Tribonnière et al., 2016).

3.4. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est défini selon Miller et Rollnick comme « une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller & Rollnick, 2019).

Cette approche permet de se focaliser sur la résolution de l'ambivalence chez les individus adoptant des comportements nuisibles pour leur santé. Elle aide les personnes à prendre conscience des aspects néfastes de leur consommation tout en ciblant les éléments qui exercent

une résistance à leurs changements de comportement. Pour y parvenir, le soignant met l'accent sur les capacités des personnes dont elles n'ont peut-être pas conscience. Ensemble, ils vont ensuite tout mettre en œuvre pour potentialiser ces capacités et élaborer un plan de changement (Rossignol, 2001).

3.5. La pharmacothérapie

Bien que la pharmacothérapie, utilisée seule, n'ait pas beaucoup d'intérêt dans la quête d'une consommation contrôlée, elle peut être un outil supplémentaire à combiner avec d'autres approches thérapeutiques. La majeure partie du sevrage est psychologique, mais certains symptômes physiques de manque peuvent l'impacter. Une approche pharmacologique peut donc aider à soulager ces symptômes (Sabine, 2023).

La prise en charge pharmacologique du sevrage peut être catégorisée selon trois approches :

- **Le traitement de sevrage** : Ces médicaments sont conçus pour réduire ou éliminer les symptômes de sevrage associés à l'arrêt de la consommation d'une substance. Par exemple, dans le sevrage de la cocaïne, l'acétylcystéine peut être prescrite pour atténuer le manque.
- **Le traitement de substitution** : Principalement utilisé dans les dépendances aux antalgiques, ces médicaments ont une pharmacologie similaire à celle des antalgiques utilisés et permettent de limiter les symptômes physiques de sevrage souvent prononcés dans ce type de dépendance. Un exemple de traitement de substitution est la méthadone dans le cas de la dépendance aux opioïdes.
- **Le traitement addictolytique** : Utilisé pour minimiser les risques de rechute et maintenir l'abstinence à long terme (Sabine, 2023)

3.6. Les psychothérapies

Les outils suivants sont davantage utilisés par des professionnels tels que les psychologues, ayant été formés à ces pratiques durant leurs cursus. Cependant, différents concepts provenant de ces thérapies peuvent être appliqués à petite échelle par divers professionnels de la santé.

⇨ ***Thérapies psychosociales***

Cette approche vise à « renforcer les compétences psychosociales des patients (restauration du lien social, des capacités d'entraide, etc.) et à développer/restaurer leur sentiment d'auto-efficacité ainsi que l'estime de soi, dans une démarche d'autonomisation progressive, de réinsertion sociale et d'empowerment » (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017)

Cette approche inclut une multitude d'interventions visant à améliorer le fonctionnement social des personnes, à augmenter leur qualité de vie et à favoriser l'inclusion sociale. Parmi ces interventions, on peut distinguer le principe d'autogestion, qui implique les personnes dans la gestion de leur santé, des interventions au niveau du système des personnes, ainsi que des interventions psychosociales individualisées (Gühne et al., 2020) Cette approche est principalement utilisée en communauté thérapeutique. Les soignants doivent avoir des compétences en animation et en dynamique de groupe. Il est important d'instaurer un climat de confiance et de sécurité permettant aux personnes de se livrer sereinement (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

⇨ ***Thérapies psychodynamiques***

« Ces formes de thérapie reposent sur la théorie psychanalytique, qui conçoit l'addiction comme une réponse inadaptée (un symptôme) à une difficulté sous-jacente et inconsciente, liée au rapport de la personne à elle-même et au monde ainsi qu'aux conflits intrapsychiques que ces rapports engendrent » (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

Cette approche considère que les comportements addictifs sont liés à des mécanismes psychiques plus profonds, tels que des traumatismes vécus ou des troubles de la personnalité. Le soignant travaille alors avec le patient pour qu'il prenne conscience de ces mécanismes, puisse les identifier et avoir un pouvoir d'action sur eux. L'objectif est d'encourager la personne à s'exprimer, d'explorer son vécu et de faire preuve d'écoute active pour identifier les éléments perturbateurs (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

⇨ ***Thérapies systémiques***

Les thérapies systémiques visent à « comprendre et à prendre en charge les problématiques d'assuétude en prenant en compte les systèmes dans lesquels la personne évolue (en particulier le système familial) ainsi que les interactions entre ses membres » (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017)

Cette thérapie est particulièrement pertinente dans le contexte des addictions. En effet, les addictions peuvent être un symptôme d'un dysfonctionnement familial. Des conflits, de la négligence ou du stress parental peuvent être à l'origine de comportements addictifs, surtout chez les adolescents. Prendre en compte le système de la personne pendant la prise en charge de son addiction permet de cibler une possible cause. En plus de trouver une source de la problématique, cette thérapie permet aussi de travailler sur les risques de rechute. Sans un

travail sur le système perturbé, la personne ne sera pas placée dans des conditions favorables au rétablissement (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

⇨ ***Thérapies cognitivo-comportementales***

« Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif de remplacer de façon concrète, observable et durable des réactions problématiques par des conduites souhaitées » (AEMTC, s. d.)

Dans le contexte des troubles liés à l'usage de substances, cette méthode peut être utilisée pour fournir aux personnes des outils pour faire face aux situations favorisant une consommation. Elle peut déterminer le processus cognitif menant à cette consommation et proposer des stratégies concrètes pour s'en éloigner. Elle a aussi pour objectif de remplacer les comportements associés à la consommation par de nouveaux comportements positifs (Perry & Lawrence, 2017). Cette approche permet de cerner les éléments externes influençant les comportements de consommation et de cibler les éléments déclencheurs (un lieu, par exemple, peut stimuler une consommation). Elle inclut également une gestion des émotions, en tenant compte de la corrélation entre les émotions et les comportements à risque (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). Le soignant utilisant cet outil pour accompagner le patient évaluera, avec son aide, les facteurs contribuant au maintien ou à l'apparition d'une consommation et tentera de guider la personne vers de nouveaux comportements positifs permettant de l'éloigner des tentations (AEMTC, s. d.).

3.7. Des thérapies alternatives

⇨ ***Les thérapies de groupe***

La thérapie de groupe peut être définie comme « une thérapie permettant de mettre en présence des sujets présentant les mêmes conduites, facilitant la reconnaissance des troubles et rompant avec le déni qui les entoure » (Lejoyeux, 2017).

Cette approche permet de guider les personnes vers l'acceptation de leur trouble et de leur identité de dépendant, les menant ainsi à la motivation de rechercher une identité d'abstinent. Cette étape est cruciale pour le rétablissement, représentant un pas vers l'acceptation de la réalité de leur dépendance. C'est un outil permettant un travail autour des émotions, de l'abstinence quotidienne et des situations à risque. Elle encourage les personnes à identifier les situations qui leur procurent du bien-être en dehors de la consommation de substances. Le groupe offre un soutien émotionnel ; le partage d'expériences étant un moyen de se sentir

soutenu face à cette situation complexe d'addiction. Ce groupe est guidé par un professionnel de la santé mentale, qui oriente les interactions entre tous les membres tout en offrant son expertise dans le domaine. Le professionnel instaure un climat de confiance et favorise l'ouverture de la parole (Lejoyeux, 2017).

Dans le même cadre, on trouve les groupes d'entraide, qui se déroulent en l'absence de professionnels et reposent sur le partage d'une expérience vécue similaire. Ils sont dirigés par d'anciens dépendants présents pour partager leur expérience du processus de rétablissement. La main tendue d'une personne ayant vécu la même maladie est parfois beaucoup mieux reçue et permet de donner de l'espoir et de favoriser l'acceptation (Lejoyeux, 2017).

⇨ ***Thérapie environnementale***

La thérapie environnementale est une approche thérapeutique qui utilise l'environnement immédiat du patient pour favoriser la guérison et le bien-être. Cette méthode repose sur l'idée que le cadre de vie et les interactions sociales peuvent avoir un impact significatif sur la santé mentale et physique des individus. L'objectif est de créer un milieu structuré, sécurisant et stimulant où les patients peuvent développer des compétences sociales, améliorer leur estime de soi et se préparer à une vie plus autonome. Cette thérapie souligne l'importance de transformer les institutions résidentielles pour la santé mentale en environnements thérapeutiques. Ces environnements doivent être conçus pour soutenir le rétablissement et le bien-être des patients, tout en fournissant un soutien social et psychologique essentiel (Campling, 2004).

⇨ ***La Thérapie Occupationnelle***

La thérapie occupationnelle joue un rôle important dans la réhabilitation des personnes souffrant de troubles addictifs. Cette approche vise à restaurer et renforcer les compétences occupationnelles des individus, leur permettant ainsi de structurer leur temps et de trouver un sens à leur vie à travers des activités significatives. Les interventions basées sur l'occupation, telles que les activités de loisirs, le travail et la participation sociale, ont montré des résultats prometteurs dans l'amélioration des résultats de rétablissement à court et à long terme. En fournissant des opportunités pour des expériences de maîtrise et en améliorant l'auto-efficacité, ces interventions contribuent à réduire les comportements addictifs et à favoriser un mode de vie plus équilibré et satisfaisant (Wasmuth et al., 2015)

⇨ ***Thérapie par le jeu***

Les interventions ludiques, telles que les quiz et les jeux, présentent des avantages significatifs dans le traitement des addictions. Elles permettent de créer un environnement interactif et engageant qui favorise la participation active des patients. Ces interventions utilisent des éléments de jeu comme les scores, les badges et les récompenses pour augmenter la motivation et l'engagement des participants. La thérapie par le jeu a démontré une amélioration considérable des connaissances sur les addictions, une attitude plus positive envers le traitement, et une meilleure adhésion aux programmes de rétablissement (Taghipour et al., 2023).

De plus, les jeux de société ont montré des effets positifs sur les fonctions cognitives, telles que la mémoire et l'attention. Certains jeux sont utilisés pour stimuler la pensée stratégique et les compétences de résolution de problèmes. Ces activités ludiques contribuent à une amélioration globale du bien-être mental des patients, en offrant une alternative dynamique aux méthodes de traitement traditionnelles et en favorisant un engagement plus profond dans le processus de rétablissement (Taghipour et al., 2023).

3.8. Conclusion

La diversité des outils disponibles pour accompagner les problématiques d'addiction constitue un atout majeur dans la prise en charge des patients. Chaque outil possède des caractéristiques adaptées à certaines fonctions. Les psychologues, par exemple, sont formés à des méthodes telles que la thérapie cognitivo-comportementale, tandis que les infirmiers sont davantage compétents dans l'éducation thérapeutique. Cependant, l'utilisation de ces outils ne repose pas exclusivement sur leur emploi par chaque discipline. Les différents professionnels de santé peuvent s'inspirer des techniques d'autres domaines pour enrichir leurs approches. La complexité de l'addiction nécessite une approche multidimensionnelle où l'interdisciplinarité joue un rôle crucial. Cette collaboration permet de combiner les forces de chaque discipline pour répondre aux besoins individuels des patients. L'interdisciplinarité et la diversité des outils sont donc essentielles pour une prise en charge efficace des addictions. En intégrant diverses approches thérapeutiques et en valorisant les compétences spécifiques de chaque profession, il est possible d'offrir une aide personnalisée et holistique, maximisant ainsi les chances de rétablissement durable.

Comme décrit précédemment, l'internement présente des spécificités et des contraintes particulières. Bien que cruciaux dans la gestion des troubles de la consommation, les outils

mentionnés ci-dessus ne prennent pas en compte ce contexte particulier. Pour surmonter les divers défis auxquels les soignants peuvent être confrontés, il est crucial qu'ils réfléchissent à des stratégies pour les contrer. Idéalement, une stratégie de soins doit être vue comme un plan d'action personnalisé, visant à répondre aux besoins spécifiques du patient, en prenant en compte le contexte dans lequel il se trouve (Duke Center for Personalized Health Care, s. d.). Il peut donc y avoir autant de stratégies qu'il y a de patients, l'essentiel étant que les soignants appliquent les différents outils et compétences en tenant compte du contexte particulier de l'internement pour rendre leur accompagnement le plus pertinent possible.

4. Conclusion du cadre théorique

Le cadre théorique présenté met en lumière la complexité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques au sein du système de psychiatrie médico-légale. La collaboration entre soins et justice est essentielle pour assurer à la fois la protection de la société et l'offre de soins appropriés aux individus internés. Cependant, dans ce contexte, les différents types de consommation, qu'ils soient occasionnels, abusifs ou addictifs, ajoutent une dimension supplémentaire à la complexité du parcours de soins des internés. L'influence réciproque entre les produits psychotropes et les maladies mentales pose un défi considérable. La consommation de ces substances peut aggraver les symptômes psychiatriques, et les troubles mentaux peuvent pousser à une consommation accrue comme mécanisme d'adaptation ou d'automédication. Des approches de soins diversifiées et multidisciplinaires sont nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

Ainsi, ce cadre théorique illustre toute la complexité de la prise en charge des patients dans un contexte où les enjeux de santé et de justice se croisent, nécessitant une approche holistique et coordonnée. L'approche du rétablissement, intégrée dans ce contexte, vise à permettre aux individus de vivre avec leur maladie en améliorant leur qualité de vie et leur réintégration sociale, tout en surmontant les obstacles tels que la stigmatisation. La collaboration interdisciplinaire et l'adaptation continue des pratiques de soin sont essentielles pour répondre aux besoins spécifiques des patients internés, particulièrement ceux souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychotropes.

III. Méthodologie

1. Collecte des données

La méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche est une méthodologie mixte à design séquentiel exploratoire. Le but est que la partie qualitative fasse émerger des affirmations qui seront ensuite reprises dans un questionnaire quantitatif afin d'évaluer à quel point les soignants sont en accord avec ces dernières. L'enquête est réalisée au sein du Centre Hospitalier Jean Titeca, dans le trajet de soins internés, auprès des unités Ukuma (unité de crise) et Hegoa (unité de rétablissement). Ce centre est une référence en matière de psychiatrie médico-légale.

La partie qualitative sera appuyée par des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de l'équipe soignante des deux unités. Pour avoir un échantillon représentatif, les entretiens ont été réalisés auprès d'au moins un membre du personnel des différentes fonctions présentes dans le trajet de soins. Sur la base de cet élément, la taille de l'échantillon prévu était de six entretiens. L'échantillon finalement obtenu était de 11 entretiens.

Le guide d'entretien (cf. annexe 1) a été réalisé seul sur la base du cadre théorique et des éléments nécessitant le point de vue du terrain. Les questions présentes dans le guide découlent de sept thèmes différents :

- Les défis dans l'accompagnement des personnes internées ayant un trouble de consommation de produits psychotropes
- Les compétences liées aux produits psychotropes et à la gestion des troubles de la consommation
- Les outils utilisés dans la gestion des troubles de la consommation
- Les stratégies mises en place pour surmonter les défis
- Le besoin en formation
- Les barrières dans la mise en place de bonnes pratiques
- Les pistes d'amélioration

La partie quantitative s'appuie sur un questionnaire (cf. annexe 2) en ligne à échelle de Likert, réalisé une fois tous les entretiens terminés. Le questionnaire reprend les différents thèmes abordés dans la partie qualitative et se base sur les réponses des participants aux entretiens. L'échelle de Likert permet de mesurer le niveau d'accord des soignants à propos des différentes affirmations énoncées par le petit échantillon de soignants. L'échantillon espéré était

d'approximativement 60 réponses, représentant la totalité des soignants du trajet de soins internés, l'échantillon obtenu est de 40 répondants. La diffusion du questionnaire s'est faite via le mail professionnel, il a été disponible sur une période d'un mois et demi, trois relances ont été faites par mail.

2. Public cible

Les critères d'inclusion pour les deux méthodes de collecte de données sont les suivants :

- Soignants travaillant au sein du trajet de soins internés du Centre Hospitalier Jean Titeca
- Soignants qui sont au contact de personnes internées ayant une problématique de consommation de produits psychotropes

L'ancienneté a été demandée pour permettre de visualiser les données démographiques mais n'est pas un critère d'inclusion ou d'exclusion. L'échantillon comprend toutes les fonctions : psychiatres, infirmiers, aides-soignants, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, criminologues, et paramédicaux (ergothérapeutes et kinésithérapeutes).

3. Nettoyage des données

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous forme de verbatims à l'aide de l'application Upmeet. Une écoute approfondie des entretiens a dû être ajoutée pour s'assurer de la retranscription exacte de tous les dires des soignants.

Pour le questionnaire, les données ont été regroupées dans un fichier Excel via Microsoft Forms. Elles ont ensuite été recodées avec le logiciel SPSS, qui a également permis de réaliser les tests statistiques nécessaires pour l'analyse. Le recodage dans SPSS a pu se faire grâce à la création d'un codebook (cf. annexe 3), qui reprend toutes les abréviations des questions facilitant ainsi l'analyse. Excel a aussi été utilisé pour créer des graphiques représentant les données, offrant une visualisation claire et concise des résultats.

4. Type d'analyse

L'analyse des données qualitatives est inductive, basée sur des thèmes établis en amont grâce au cadre théorique. Cette analyse est interprétative, cherchant à comprendre les significations et les contextes des données collectées afin d'identifier des tendances émergentes.
L'analyse des données quantitatives débute par une analyse descriptive de l'échantillon, incluant le nombre de réponses par unité, les fonctions des répondants et leur ancienneté.

Ensuite, une analyse des pourcentages de réponses par niveau d'accord est réalisée pour chaque affirmation du questionnaire. Enfin, une analyse descriptive des différentes catégories a été faite pour évaluer quelles sont les réponses moyennes.

5. Recul réflexif

Une difficulté dans la récolte des données qualitatives a été de trouver du temps pour les entretiens dans un contexte de soins imprévisible. Avec un peu d'organisation, cela a finalement pu se faire.

Pour le questionnaire, comme mentionné précédemment, il faut prendre en compte qu'un certain nombre de personnes ont pu ne pas être présentes au moment de la mise en ligne du questionnaire, ou ont pu s'abstenir de répondre, ce qui peut remettre en cause la totale représentativité des réponses. Le trajet de soins internés est finalement assez bien représenté à 67%.

Le fait que je travaille au sein d'une des unités de l'étude peut être considéré comme un biais entravant la totale neutralité, étant moi-même impacté par la problématique, j'ai veillé à retranscrire exclusivement ce qui m'a été dit, sans amener d'interprétation personnelle. D'autre part, les soignants auraient pu craindre de pointer du doigt certains dysfonctionnements, mais l'anonymat leur a été assuré pour minimiser ce biais. Un autre biais potentiel dans cette étude réside dans le choix d'avoir inclus tous les soignants dans l'échantillon, sans distinction de leurs fonctions spécifiques. Cette approche peut rendre l'analyse moins précise et diluer les particularités propres à chaque catégorie de soignants. En effet, la généralisation des outils utilisés peut masquer les différences subtiles mais importantes entre les différentes fonctions. Une étude plus approfondie, ciblant chaque rôle de manière distincte, pourrait révéler des informations plus détaillées et pertinentes, permettant de mieux comprendre les spécificités et les besoins propres à chaque groupe de soignants.

IV. Résultats

L'analyse des données qui suit présente tout d'abord des données qualitatives issues d'entretiens menés auprès de onze soignants représentant les différentes fonctions du trajet de soins interné. Cette analyse sera appuyée par des données quantitatives provenant d'un questionnaire, permettant de déterminer si l'avis du petit échantillon cité précédemment est représentatif de l'ensemble du trajet de soins interné. Voici ci-dessous les données démographiques de l'échantillon ayant répondu au questionnaire :

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon (N=40)

	n (%)
Unité	
Hegoa	22 (55.0)
Ukuma	18 (45.0)
Fonction	
Infirmiers	15 (37.5)
Éducateurs	5 (12.5)
Psychiatres	3 (7.5)
Psychologues	3 (7.5)
Criminologues	2 (5.0)
Aides-soignants	8 (20.0)
Paramédicaux (kiné, ergo)	3 (7.5)
Assistante sociale	1 (2.5)
Ancienneté	
Moins d'1 an	11 (27.5)
1 à 3 ans	14 (35.0)
3 à 5 ans	5 (12.5)
5 à 10 ans	3 (7.5)
Plus de 10 ans	7 (17.5)

1. Les défis dans l'accompagnement des personnes internées ayant un trouble de la consommation de produits psychotropes

Les différents soignants ont souligné certains défis dans l'accompagnement des patients internés ayant un trouble de la consommation. Un des défis identifiés est leur posture paradoxale entre le légal et le soin. En effet, cette position crée une contradiction entre la nécessité d'une relation de confiance et de libre parole pour un accompagnement thérapeutique, et leur engagement auprès de la justice de signaler tout non-respect des conditions de libération

à l'essai. Cela est confirmé par l'enquête qui démontre que 87,5% des soignants estiment que cette posture constitue un défi (cf. figure 1).

« Mais de nouveau, on est mis à mal alors qu'on n'est pas la justice non plus, on est un lieu de soins thérapeutiques, mais en même temps, à quel moment est-ce que tu interpelles la justice, l'AJ ou quoi, ou non, parce que tu vois que la personne se met en danger. Tout ça est flou, quoi.»

Il est difficile de créer une relation de confiance avec le patient lorsque le soignant est toujours en partie tenu par la loi. Cet aspect des soins est vécu comme un obstacle par 97,5% du trajet de soins interné (cf. figure 1).

« […] ils savent très bien que s'ils nous disent quelque chose par rapport à leur consommation, il y a des chances que ça remonte à la justice. Comment est-ce qu'on établit une relation de confiance pour parler de consommation, alors que dans leur tête, s'ils nous en parlent, ils peuvent retourner en prison ? »

Les conditions de libération à l'essai, particulièrement celles liées à la consommation de produits psychotropes, sont une autre difficulté vécue comme étant en contradiction avec la réalité du terrain par 100% de l'échantillon de soignants (cf. figure 1).

« Le problème c'est qu'il y a une injonction de par leur statut d'interné, de respecter certaines conditions de libération à l'essai […] et une réalité de terrain qui est au final assez proche de celle de la société où il y a vraiment une explosion de la consommation […] dans lequel l'hôpital s'inscrit au même titre puisqu'il fait partie de la société et donc on est un peu pris en porte-à-faux par rapport à cette injonction de la loi et puis une réalité de terrain qui est là. »

En effet, les conditions de libération à l'essai imposent souvent une abstinence totale. Cependant, pour certains patients, l'arrêt total semble peu envisageable. Comment les accompagner vers une consommation raisonnée et être satisfait de leurs progrès, alors que même une petite consommation est contraire aux conditions ? C'est pourquoi 97,5% des soignants trouvent qu'il est compliqué pour eux d'assurer le respect des conditions de libération à l'essai (cf. figure 1).

« Avec d'autres patients, on a essayé plus d'être dans la diminution ou la consommation plus réfléchie ou raisonnée. Mais ça reste très compliqué et surtout par rapport aux conditions de libération à l'essai, c'est compliqué. »

Un autre défi quotidien souligné est l'importance de pouvoir rencontrer la justice pour discuter des difficultés du terrain. Ces échanges permettraient aux juges de mieux comprendre la réalité du terrain, dans l'espoir d'une possible adaptation des conditions de libération à l'essai.

« […] rencontrer plutôt la justice et à modifier les conditions de libération à l'essai qui font que nous, la majorité des cas, enfin des patients qu'on reçoit, ils ont dans leurs conditions de libération à l'essai qu'ils doivent être abstinents. Et en fait, nous, je pense que l'unité, même le trajet de soins, c'est plutôt de la réduction de risque, un accompagnement aux assuétudes, plutôt que de l'abstinence. »

La plupart des soignants interrogés ont témoigné qu'ils percevaient comme irraisonnable d'espérer l'abstinence pour de nombreux patients. En effet, beaucoup ont évolué dans le milieu de la consommation ; c'est d'ailleurs souvent la drogue qui les a conduits au passage à l'acte ou à une décompensation.

« […] c'est compliqué de les faire sortir, ça fait partie de leur nature en quelque sorte, et c'est compliqué qu'ils ne retombent pas là-dedans. C'est un mécanisme, il fonctionne comme ça […]»

Cependant, ce qui est vécu comme problématique, c'est lorsque la consommation prend toute la place dans la vie de la personne, qu'elle est à l'avant-plan. Dans ce cas-là, il est important de pouvoir travailler cela pour espérer retrouver un équilibre.

« […]le moment où on voit que c'est difficile, c'est quand la drogue a pris toute la place. Quand il n'y a plus le désir pour autre chose, qu'elle ne va plus en activité, qu'elle s'en fout un peu de tout, et que la seule chose qui compte, c'est avoir de la thune pour avoir de la drogue. Et alors là, effectivement, c'est tout un enjeu de faire en sorte que la personne réussisse à reprendre un peu pied et prise sur son addiction, et qu'elle arrive à pas trop être dépassée par ce qu'elle vit.»

L'enjeu pour les soignants face à ces patients est donc dans un premier temps la gestion des risques liés à l'usage intensif de drogues, afin d'éviter qu'ils ne se mettent en danger. Dans un

second temps, l'enjeu sera de pouvoir les mener vers une consommation contrôlée, ne prenant pas toute la place dans leur projet de vie.

« […] amener les patients à avoir un contrôle interne sur la consommation. C'est-à-dire, si je consomme, je consomme parce que j'ai décidé, à un moment de la journée que j'ai choisi, avec une quantité de substances que j'ai choisies, et non pas avoir un contrôle externe de ses actes, c'est-à-dire on m'a tiré dedans, on m'a proposé je n'ai pas su dire non. […] »

Les soignants relèvent aussi qu'il est important de souligner que la consommation peut avoir une fonction pour certains, que ce soit relaxant, anti-hallucinogène, etc., et que cela doit être pris en compte dans l'approche de la problématique.

« […] je pense que selon le sujet à qui on a affaire, la consommation peut prendre vraiment une place et une fonction différente et ce n'est pas forcément négatif […] je pense qu'il y a des personnes à qui on pourrait dire mais en fait si tu arrives à consommer raisonnablement et à garder une prise sur ta vie, on peut continuer comme ça sauf que légalement ce n'est pas possible. »

Cependant, malgré ce souhait de les accompagner de la sorte, d'autres défis liés à l'internement subsistent. Tout d'abord, l'aspect psychopathologique de l'accompagnement. La consommation peut interagir avec la médication et entretenir un état délirant ou hallucinatoire. Étant donné que leur internement est souvent lié à une décompensation psychique, cela est important à prendre en compte. Il y a donc un risque de récidive ou de rechute de la maladie si la consommation reste omniprésente et non contrôlée. En effet, la gestion des risques liés aux substances psychotropes, comme les interactions médicamenteuses et les overdoses, est considérée comme un défi par 90% des soignants. De plus, l'abus de substances pouvant affecter l'état clinique des patients est également vu comme un défi par 97,5% des répondants. Ils sont également 95% à être d'accord qu'il est difficile de faire face aux risques de rechutes/récidives liés à une consommation (cf. figure 1).

« […] l'autre défi est d'éloigner les risques de récidives engendrés par la consommation ou les risques de rechute de la maladie qui peuvent être favorisés par la consommation. »

D'autre part, les soignants font face quotidiennement à des personnes ne souhaitant pas arrêter ou diminuer leur consommation, n'étant pas demandeuses d'aide ou ayant une motivation éphémère. Cela est vécu par 97,5 % des soignants comme un défi significatif (cf. figure 1).

Cette situation peut mener à une impasse dans l'accompagnement des patients, surtout face à une offre de soins limitée pour les personnes internées ayant un double diagnostic de maladie mentale et d'addiction. Le manque de structures externes acceptant ces patients est également considéré comme un défi par 92,5 % des soignants (cf. figure 1).

« […] c'est que le système psychiatrique, enfin les institutions psychiatriques en Belgique, ne sont pas adaptées à la situation, je crois […] il n'y a aucune institution qui accepte ouvertement quelqu'un qui est psychotique et qui a en même temps une dépendance. »

D'après certains soignants, cela renvoie aussi à une problématique de stigmatisation de la population d'internés, finalement appuyée par l'avis général de 92,5 % des répondants (cf. figure 1).

« […] ils sont sujets à la première stigmatisation, qui est la maladie mentale. Deuxième stigmatisation, c'est le milieu carcéral. Et la troisième stigmatisation, c'est la consommation.»

Malheureusement, ce manque d'offres adaptées peut mener à une prolongation du temps d'hospitalisation des patients, impliquant parfois une baisse de motivation ou l'influence des pairs dans la consommation, ce qui représente un défi pour 87,5 % des soignants (cf. figure 1).

« […] en réalité, la plupart répondent à toutes les conditions pour pouvoir sortir, mais la consommation pèse trop lourd dans la balance. C'est souvent à cause de leur consommation qu'ils restent dans l'unité […] »
« […] c'est l'effet de groupe et aussi l'influence, parce que même si certaines personnes essaient de ne plus consommer et qu'elles y arrivent pendant un certain temps, les autres personnes avec qui ils traînent dans l'unité ou leurs voisins de chambre consomment, ce qui va les amener à retomber dedans […] »

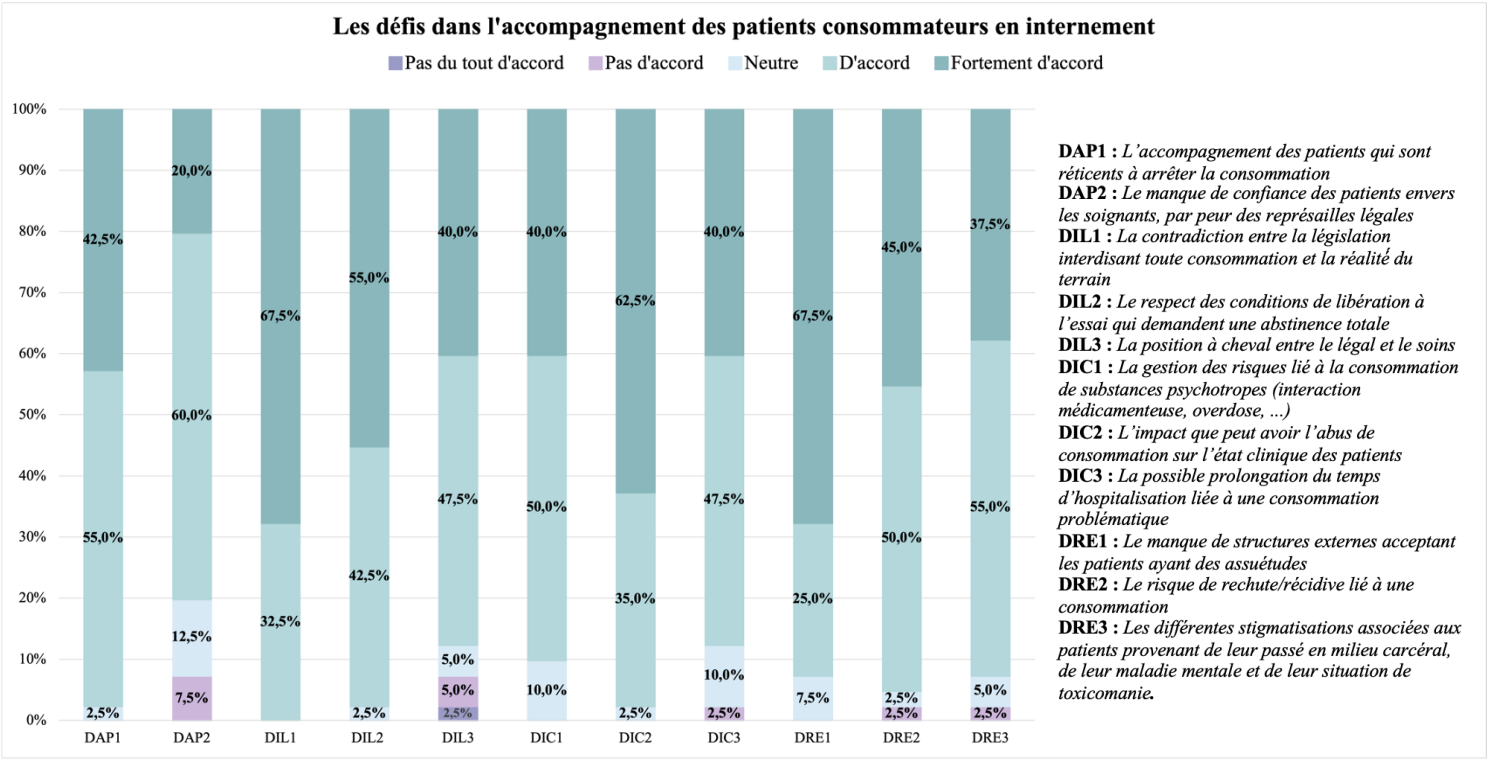


Figure 1

En conclusion, les soignants ont pu établir quels sont les défis dans l'accompagnement des patients internés avec des problèmes d'addiction. Leur posture paradoxale entre le soin et les obligations légales complique la création d'une relation de confiance nécessaire pour un accompagnement thérapeutique efficace. Les conditions de libération à l'essai, qui imposent souvent une abstinence totale, rendent l'accompagnement encore plus difficile. En effet, cette demande ne permet pas de nuancer les différents types de consommations et les différentes conséquences qui y sont liées. Les soignants soulignent également le besoin d'une meilleure collaboration avec la justice pour adapter ces conditions à la réalité du terrain. La gestion des risques liés à la consommation intensive de drogues, ainsi que le manque d'offres de soins adaptées pour les patients ayant un double diagnostic, sont des obstacles majeurs. Ce manque d'offre peut également prolonger le temps d'hospitalisation et mener à une augmentation des consommations en raison de l'influence des pairs ou de l'accès facilité aux substances.

2. Les compétences liées aux produits psychotropes et à la gestion des troubles de la consommation

Lors des entretiens avec les soignants, j'ai pu leur demander quelle était leur évaluation personnelle de leurs connaissances concernant les troubles de la consommation. Ce qui en est ressorti majoritairement, c'est un manque de connaissances sur le sujet. Ce constat est plus ou moins partagé par l'échantillon de soignants interrogés, qui évaluent leurs connaissances comme étant majoritairement moyennes (52,5 % moyenne, 25 % bonne, 15 % faible, 5 % très bonne, 2,5 % très faible) (cf. figure 2). Tandis qu'ils évaluent leur niveau de compétences

comme étant majoritairement faible (40 % faible, 35 % moyenne, 12,5 % bonne, 2,5 % très bonne) (cf. figure 3). Cependant, cela n'empêche pas 70 % des soignants de se sentir légitimes à pouvoir accompagner les patients souffrant d'addictions (cf. figure 4).

« Je ne suis vraiment pas une experte, loin de là, mais j'essaie un maximum de me renseigner sur le sujet et m'informer. »
« […] je n'ai jamais travaillé en addiction, donc j'ai vraiment un petit niveau, alors qu'ici c'est une problématique centrale. »
« Je n'ai pas assez de connaissances sur les différents aspects de ce domaine, surtout par rapport à tout ce qui est produits, les effets et les risques. »
« J'ai quand même des connaissances théoriques basiques et des connaissances liées à mon expérience sur le terrain, mais pas assez approfondies sur le sujet selon moi. »
« Pour les compétences, je ne considère pas avoir les compétences requises pour une prise en charge efficace en tant qu'infirmière pour accompagner ces patients. »

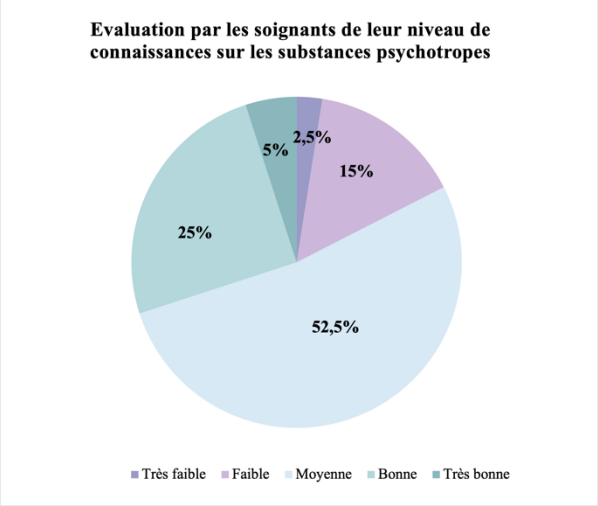


Figure 2

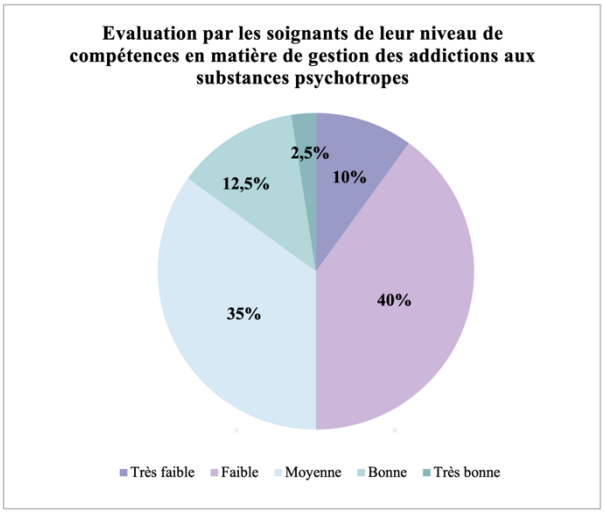


Figure 3

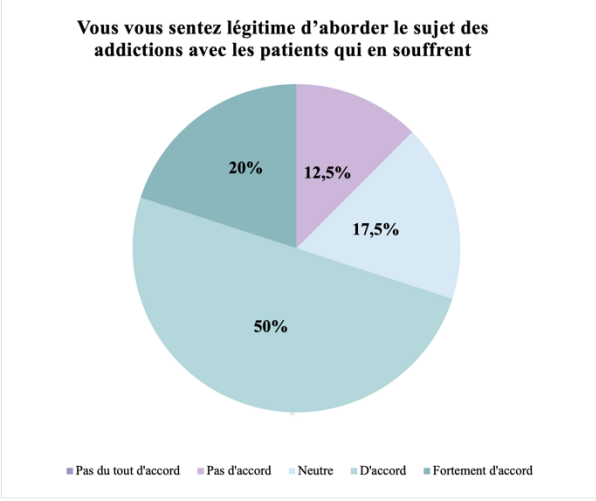


Figure 4

Un entretien souligne le manque de place donnée au sujet des substances psychotropes et des addictions dans les cursus scolaires ayant mené aux diplômes les permettant d'exercer. Cette affirmation a pu démontrer que 55 % des soignants estiment avoir été mal ou pas du tout préparés, tandis que 35 % se sentent seulement moyennement préparés. Seuls 10 % des soignants estiment avoir été bien préparés (cf. figure 5).

« Malheureusement, pendant nos quatre ans d'études […] j'ai l'impression que la consommation de substances n'est pas une priorité dans le cursus et que c'est vraiment sur le terrain qu'on apprend. Du coup, je trouve ça dommage parce qu'au final, cette problématique n'est pas juste liée à la psychiatrie et devrait vraiment avoir plus de place dans nos cours. »

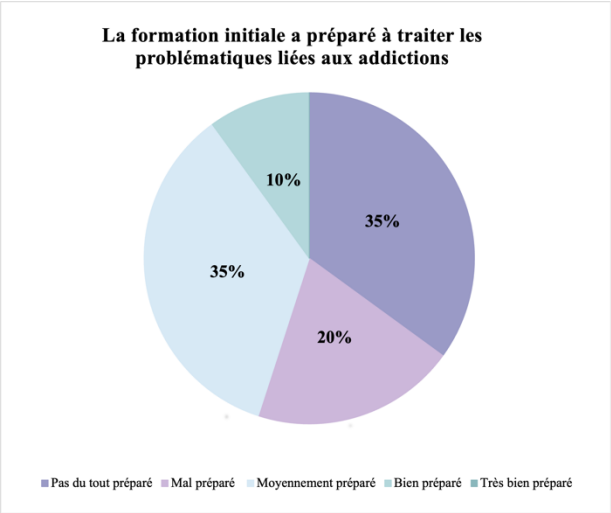


Figure 5

Cependant, bien que la majorité des soignants interrogés lors des entretiens ressentent qu'ils manquent de connaissances sur le sujet, d'autres ont témoigné avoir des connaissances théoriques, mais rencontrent des difficultés à les appliquer en pratique.

« […] en termes de connaissances, là où ça nous manque, c'est vraiment ce truc d'accompagnement, […] il va consommer, on va devoir voir le patient par rapport à sa consommation. Mais comment être pertinent dans cet entretien ? »

Par la suite, les soignants ont identifié les connaissances qu'ils estiment nécessaires pour accompagner les patients dans leur problématique de consommation. Ils ont principalement souligné l'importance des aspects théoriques : connaître les différentes substances, leurs effets sur le corps et les signes de consommation. Ils sont 92,5 % à être d'accord pour dire qu'avoir des connaissances théoriques est important dans l'accompagnement (cf. figure 6).

« Il me paraît nécessaire de pouvoir acquérir des connaissances […] sur les effets du produit mentalement et physiologiquement, sur les signes de sevrage et comment y pallier, quelle médication pour les soutenir dans leur envie de consommer, comment les accompagner efficacement, et quels sont les risques d'overdose et comment l'anticiper ? »
« Généralement, dans nos formations, on va déjà nous apprendre le soin relationnel et les différentes manières de parler et de discuter, mais comment discuter avec eux de cette problématique si on ne sait même pas ce que ces drogues causent dans le corps et comment fonctionne le sevrage ? »

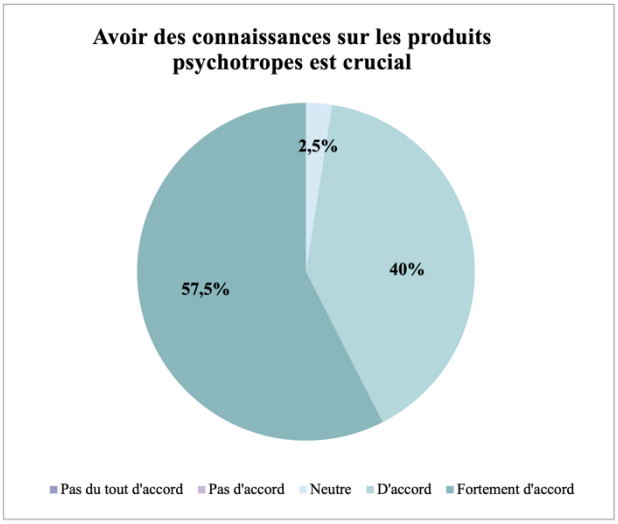


Figure 6

Certains insistent également sur la nécessité de mettre à jour leurs connaissances, compte tenu des nombreuses nouveautés dans le domaine de la drogue.

« Mieux connaître les drogues, aussi d'un point de vue neuro-médical, fin voilà tous les effets en général, surtout toutes les nouvelles drogues de synthèse. »

Une autre connaissance, plus liée au contexte de la psychiatrie, est d'avoir une compréhension approfondie de la maladie mentale. En effet, les consommations dans un contexte psychiatrique auront un impact différent et nécessiteront une approche différente. 95 % des soignants pensent qu'il faut pouvoir distinguer quels sont les signes de la maladie mentale et ceux d'une consommation. Ils reconnaissent d'autant plus l'importance, à 100 %, de comprendre les motivations individuelles des patients à consommer, qu'elles soient dues à la recherche de relaxation, de stimulation ou d'effets anti-hallucinogènes (cf. figure 7).

« […] je pense aujourd'hui qu'il est cruellement important de comprendre c'est quoi la consommation, tant le produit, ce que ça suscite chez les personnes, surtout en santé mentale en fait. Parce que parfois, dans la consommation, il y a des signes qui pourraient faire penser à de la maladie mentale, et en fait c'est de la consommation, et inversement. »

Parmi les compétences jugées cruciales par les soignants pour accompagner les patients souffrant de troubles de la consommation, l'attitude de non-jugement a fréquemment été citée. Le jugement est considéré comme pouvant être un obstacle majeur, car les patients peuvent ressentir un manque de bienveillance de la part des soignants et se braquer. Les soignants interrogés sont d'accord et mettent une importance dans le non-jugement à 97,5 %, ajoutant à cela aussi le fait de déstigmatiser l'usage de drogues avec 87,5 % de réponses positives. De plus, ils sont 95 % à mettre à l'avant-plan l'importance de pouvoir proposer un accompagnement individualisé (cf. figure 7).

« Le non-jugement, […] c'est un risque de faire sombrer le patient dans la culpabilité ce qui peut aussi intensifier son envie de se réconforter dans la consommation. »
« Je pense qu'il y a une ouverture morale à avoir. […] Il y a déjà beaucoup de travail sur nos propres projections, nos propres conceptions de c'est quoi la santé, c'est quoi le rétablissement, c'est quoi un idéal pour nos patients. Il faut abandonner beaucoup de trucs là-dedans pour voir un peu comment est-ce qu'on peut avancer à côté de la personne et construire quelque chose avec elle […] »

D'autres attitudes, étroitement liées au non-jugement et intégrées dans la notion de relation d'aide, ont également été mentionnées, telles que le soutien et l'écoute active. Toutes ces attitudes visent à établir une relation thérapeutique solide avec les patients. Dans le contexte de l'internement, il est jugé comme important de trouver un équilibre entre le cadre et le soin afin de ne pas nuire à cette relation thérapeutique. Les soignants estiment justement à 97,5 % qu'il est important de pouvoir créer une relation de confiance avec le patient. De plus, ils sont nombreux, 92,5 %, à penser qu'il faut utiliser la pratique de la relation d'aide, en intégrant des concepts tels que l'écoute active et l'empathie, qui reçoivent respectivement 95 % et 82,5 % de réponses positives (cf. figure 7).

« Le soutien et l'écoute active qui permettent d'être présent pour eux et de comprendre leur expérience et favoriser un climat de confiance. »

« La compétence devrait être celle de pouvoir avoir un lien thérapeutique suffisamment fort et stable pour que les patients puissent être accompagnés, puissent se faire accompagner. »
« […] il y a une compétence qui est un peu à la frontière entre le professionnel et l'humain, qui est la compétence qui relève du lien qu'on peut établir avec quelqu'un. Si tu es dans une posture purement répressive, ces liens ne se construisent pas. »

La patience est une autre qualité citée par les soignants, et 97,5 % des réponses la jugent importante (cf. figure 7). Souvent confrontés à des pics de motivation et à de nombreuses rechutes de la part des patients, les soignants doivent s'armer de patience et d'espoir pour continuer à les accompagner efficacement.

« La patience parce que le risque de rechute est souvent très présent chez les patients qui consomment depuis des années, ce qui est le cas de la majorité de nos patients, et il ne faut pas s'attendre à ce que tout se fasse en un claquement de doigts. »
« […] il y a quand même un truc de garder l'espoir, ne pas être fataliste et en même temps, savoir que ça va prendre du temps. »

Finalement, bien que les compétences citées ci-dessus soient mentionnées comme cruciales, l'importance de pouvoir déléguer lorsque la situation dépasse ses compétences personnelles a également été soulignée lors des entretiens et par 90 % des réponses (cf. figure 7). Cela renvoie à la nécessité de travailler en équipe et en interdisciplinarité.

« […] J'essaye, moi, avec les outils que j'ai, de faire émerger quelque chose chez les patients, mais je pense que des structures extérieures sont plus à même actuellement de les accompagner.»
« Le travail en collaboration avec les autres professionnels qui permet d'avoir une prise en charge globale de la problématique. »

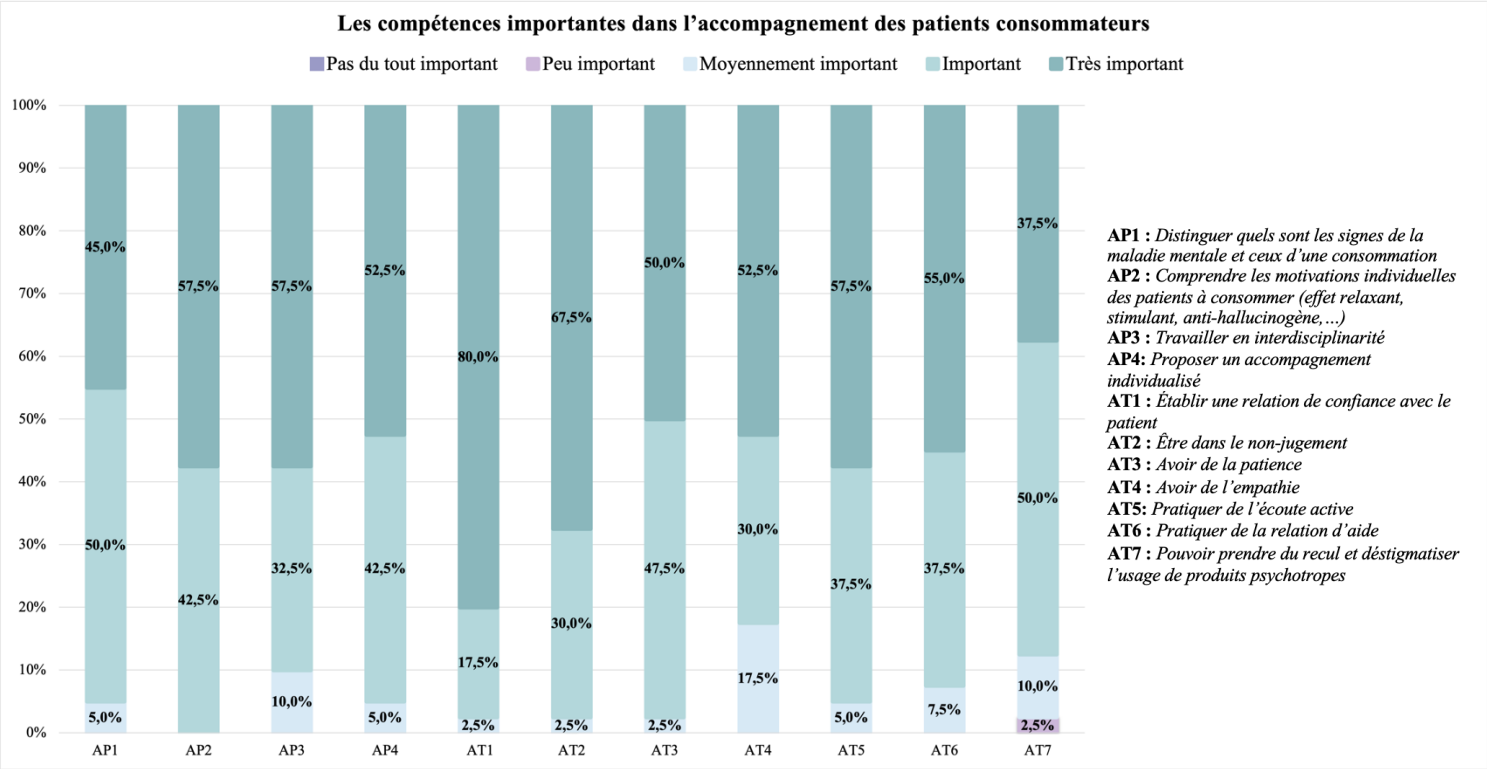


Figure 7

En conclusion, les entretiens avec les soignants ont révélé un manque de connaissances sur les addictions, qu'ils associent à une formation insuffisante et à une présence insuffisante de l'addictologie dans leur cursus. Les soignants estiment qu'il est important d'acquérir des connaissances sur les produits, leurs effets sur le corps et les signes de consommation. Bien que certains possèdent des connaissances théoriques, ils éprouvent des difficultés à les appliquer en pratique. Ils ont également souligné l'importance d'adopter des attitudes telles que le non-jugement, la patience, le soutien et l'écoute active pour établir des relations thérapeutiques solides. Enfin, la nécessité de déléguer et de travailler en équipe est également décrite comme importante pour une prise en charge efficace des patients.

3. Les outils utilisés dans la gestion des troubles de la consommation

Les entretiens avec les soignants ont mis en lumière l'utilisation de divers outils, suggérant qu'ils pourraient être classés en plusieurs catégories en fonction des objectifs recherchés.

Premièrement, certains outils sont conçus pour aider le patient à gérer sa consommation et à le sensibiliser, comme les entretiens de soutien et l'entretien motivationnel. Les soignants sont 92,5 % à trouver que c'est un outil important (cf. figure 8). De plus, dans les deux unités, chaque soignant est référent de plusieurs patients, favorisant une relation de confiance et l'application des outils mentionnés. Un autre outil, le rappel du cadre légal, est parfois utilisé lorsque nécessaire. Cela peut être utile pour les patients qui dépassent les limites fixées et ont besoin de

prendre conscience de leur consommation. Pour le rappel à la loi, ils sont 95 % à l'estimer important (cf. figure 8).

« Pour le moment on utilise beaucoup les entretiens de soutien ou motivationnels pour permettre d'ouvrir le dialogue, installer la confiance, un lien de confiance et offrir de l'écoute au patient. Cet outil est souvent utilisé quand on objective une consommation mais aussi simplement quand on souhaite accompagner le patient vers une consommation moins problématique pour lui. »
« […] Et en fait, la prise en charge d'entretiens motivationnels, les plans d'entretiens de référence ou de programmes d'activités, ça participe en fait à la réduction des risques et à la sensibilisation. […] »
« […] On utilise aussi le cadre de la loi en ce qui concerne les stups et leur illégalité, et puis on s'appuie sur les CLE du patient et sur les décisions de la CPS. »
« […] le levier légal, que je ne veux pas utiliser comme un levier purement répressif, […] c'est plutôt un cadre dans lequel les patients ont leurs mouvements. Donc quand il se cogne sur le cadre, l'utiliser pour dire voilà, là tu débordes. »

Par la suite, certains outils sont utilisés à des fins de diagnostic. Ils offrent un aperçu de la consommation des patients et permettent d'évaluer objectivement leur évolution ou dégradation. Parmi ces outils, on retrouve les prélèvements d'urine analysés en laboratoire pour détecter les substances consommées, ainsi que des échelles de consommation comprenant des questions sur les habitudes des patients et leur impact sur divers aspects de leur vie. Ces échelles sont divisées en deux parties : l'une remplie par le personnel soignant et l'autre par le patient lui-même. Ces outils d'objectivation sont considérés comme importants par 92,5 % des soignants (cf. figure 8).

« […] Alors oui par rapport au monitoring il y a les PU qui sont faites, qui permettent aussi d'avoir une analyse et de savoir où en est le patient, c'est l'occasion en fait, le prétexte pour pouvoir réaborder le sujet avec le patient […] »
« Il y a un proverbe qui me vient à l'esprit : on dit que le savoir est le pouvoir. J'entends par là que lorsque l'on sait, on peut mieux les guider en fonction de leurs besoins, mais aussi, et c'est crucial pour moi, mettre du sens dans notre discours. […] »
« […] Je pense que les échelles souvent évaluent où est-ce que la personne en est, à quel point elle est dépendante ou pas, à quel point elle est désarmée ou pas. […] »

Il convient cependant de noter que certains expriment des réserves concernant cet outil, en soulignant ses limites dans la pratique quotidienne.

« L'échelle à faire avec le patient conso peut parfois ouvrir des portes à la discussion, mais en général, à ce moment-là. Et il y a des patients qui seront tout à fait fermés ou qui seront dans le mensonge ou avec qui ça ne va pas prendre. […] Mais ça ne marche pas avec tout le monde. Et ça n'ouvre pas sur un travail plus conséquent par la suite. »

Ensuite, il y a des outils visant à diminuer les facteurs qui favorisent la consommation. Lorsqu'un patient consomme sur ou hors site, une procédure peut être déclenchée, entraînant une interdiction de sortie seule de l'hôpital. Cela vise à éloigner le patient des produits et à l'inciter à prendre conscience de sa consommation. Une autre approche consiste à utiliser des médicaments pour atténuer les envies de consommer. L'outil de mise à distance des produits, bien que jugé majoritairement important, l'est moins que les autres avec 72,5 % de réponses positives. L'aide médicamenteuse est, quant à elle, perçue comme importante à 92,5 % (cf. figure 8).

« Il y a aussi la procédure de sortie qui est établie par le médecin psychiatre et qui engendre une mesure de restriction de sortie en cas de consommation avérée. Cette restriction est utilisée dans le but d'une mise à l'écart du produit, donc une protection, si la consommation s'est faite à l'extérieur de l'hôpital, mais aussi dans le but d'une remise en question du patient. En effet, les patients doivent voir leur référent avant de pouvoir récupérer leurs sorties, et donc ça ouvre la discussion lors d'entretiens de soutien. »
« Il y a certains médicaments qui peuvent agir contre les envies de consommer comme le trazodone, par exemple. »

D'autres outils sont également utilisés en complément, notamment en orientant les patients vers des structures externes proposant un accompagnement spécialisé en addictologie ou vers d'autres structures proposant des activités. Cette externalisation des soins permet aux patients d'être honnêtes sans craindre de représailles et est considérée comme importante par 95 % des soignants (cf. figure 8).

« On les guide aussi vers des lieux qui sont spécialisés dans l'accompagnement des assuétudes et qui leur permettent de se livrer, comme par exemple Babel. »

« On a aussi tout ce qui est maison de liens qui sont proposées aux patients quand ils sont à l'extérieur. Comme ça, ils peuvent s'occuper, car une des raisons principales de consommation, il ne faut pas se cacher, c'est l'ennui qu'ils peuvent ressentir. On les pousse aussi à avoir un bénévolat qui permet de les garder occupés. »
« […] Nous, on n'avait aucun retour. Du coup, ils pouvaient vraiment dire tout ce qu'ils voulaient et tout ça. […] »

Toutefois, selon certains soignants, pour que ces outils soient véritablement efficaces, il est nécessaire de leur apporter certaines spécificités. En premier lieu, il est crucial d'individualiser le suivi, car chaque patient est unique, et certains outils peuvent fonctionner mieux pour certains que pour d'autres. Un avis partagé par 87,5 % des soignants (cf. figure 8). De plus, il est essentiel de tenir compte de la comorbidité psychiatrique, car elle peut influencer leur efficacité. Enfin, ils estiment que ces outils risquent de perdre de leur efficacité tant que la problématique des addictions ne sera pas davantage mise en avant avec un accompagnement spécialisé. C'est pourquoi l'ajout de compétences personnelles ou externes aux outils existants est important pour 87,5 % des soignants (cf. figure 8).

« Ce sont des outils que je trouve utiles et efficaces, mais seulement quand ils seront soutenus par un règlement institutionnel plus strict et par l'intervention de personnes compétentes comme un médecin psychiatre spécialisé ou un addictologue. Sans ces piliers, les outils de notre unité s'épuisent et se montrent inefficaces dans le temps. »
« C'est difficile à répondre parce que ça dépend vraiment du patient aussi. Je pense que tantôt, il y en a, si on comprend bien leur situation, on peut comprendre comment il est mieux d'agir. Certains ont plus besoin de structure, d'autres pas. Et là, je pense que c'est le patient qui peut nous le dire. »
« […] ils nous ont fourni quelques outils, les échiquiers, […] mais qui sont pour le moment, en tout cas si on est au début de la formation, pas spécifiquement adaptés à notre unité ou à la psychiatrie, parce que ce sont des formateurs extérieurs. […] C'est très global et en fait c'est ça qui est indissociable et qui est le plus dur en fait, c'est la comorbidité. »

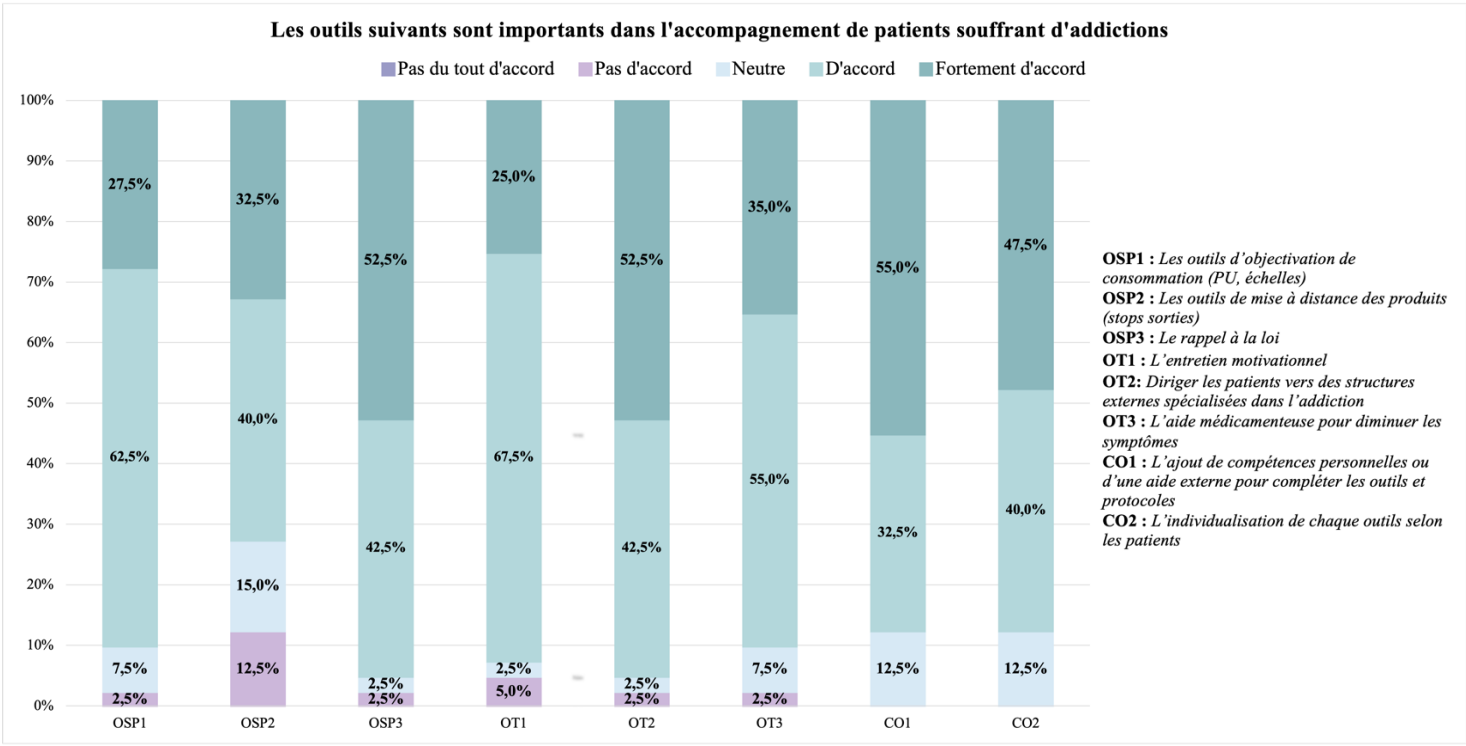


Figure 8

En conclusion, les entretiens avec les soignants ont mis en lumière l'utilisation de divers outils pour gérer la consommation des patients et les sensibiliser, tels que les entretiens de soutien et motivationnels, ainsi que le rappel du cadre légal. Des outils diagnostiques, comme les prélèvements d'urine et les échelles de consommation, sont également utilisés. Pour diminuer les facteurs favorisant la consommation, des mesures restrictives et des médicaments sont employés. L'orientation vers des structures externes plus spécialisées est aussi un outil souvent utilisé. Cependant, les soignants soulignent la nécessité d'individualiser le suivi et d'adapter ces outils au contexte psychiatrique pour améliorer leur efficacité.

4. Les stratégies mises en place pour surmonter les défis

Pour encourager les échanges au sujet de la consommation de produits psychotropes, les professionnels de la santé déploient une diversité de méthodes. Nombre d'entre eux s'appuient sur les compétences évoquées précédemment, dans le but d'instaurer un climat de confiance propice à la discussion. 100 % des soignants pensent qu'il faut déjà avoir construit une relation thérapeutique solide pour favoriser le dialogue, tandis que 97 % sont d'accord qu'il faut avoir une ouverture morale et une posture non-jugeante dans le dialogue avec les patients (cf. figure 9).

« J'essaye un maximum de créer un environnement sûr et de confiance afin qu'ils puissent se sentir libres de nous en parler, faire preuve d'écoute active aussi, rester empathique et surtout ne pas être dans le jugement. »

« Déjà la création d'une relation de confiance dès l'arrivée du patient dans l'unité. La répondance joue un grand rôle là-dedans, ils ont une personne de confiance chez qui aller en cas de problème. Puis l'écoute, l'empathie et surtout le non-jugement. Se montrer disponible.»

Comme mentionné précédemment, l'un des défis dans le contexte de l'internement est la posture des soignants, qui nécessite une approche cadrante lorsque nécessaire. Cependant, cela peut entraver la possibilité d'établir des dialogues authentiques avec les patients. Certains soignants choisissent donc d'opter parfois pour un accompagnement qui ne se traduit pas toujours par des sanctions, favorisant ainsi un climat de confiance. Les soignants interrogés sont majoritairement d'accord que ce sont ces stratégies qui permettent d'ouvrir le dialogue, telles que parler sans tabou des consommations (100 % d'accord), offrir un espace sûr et confidentiel sans représailles (90 % d'accord), ou encore utiliser des tiers pour personnifier la loi (90 % d'accord) (cf. figure 9).

« […] avant, il y avait quasi toujours des sanctions, ce qui fait qu'ils n'ont pas envie de s'ouvrir non plus quand ils savent qu'ils vont être punis. Moi, c'est vrai que j'avais commencé à travailler avec une patiente où on parlait de conso très régulièrement, où je savais qu'elle consommait, mais il n'y avait pas de sanctions derrière. Du coup, elle m'en parlait plus ouvertement parce qu'il n'y avait rien qui en découlait. […] on est rentrés quand même dans un truc un peu plus d'honnêteté, même si elle ne l'était pas à 100 %, mais on est rentrés dans autre chose, parce qu'il n'y avait pas de sanctions, qu'elle pouvait me parler, il n'y avait rien après, elle ne risquait rien, c'était juste pour qu'elle-même se rende compte dans quelles conditions elle l'a fait, pourquoi, quel jour, comment […] »
« […] j'en parle d'emblée dès le premier entretien, ce n'est pas un tabou en tout cas. J'en parle ouvertement et je leur dis qu'on peut en parler même face à mon rôle […] je leur dis que ce sont des choses qu'on peut travailler en collaboration et que je ne fais pas systématiquement tout remonter à leurs assistants de justice. […] »
« […] enfin se décaler de cette posture légale pour essayer de prendre le plus possible la posture de soignant donc utiliser des tiers qui personnifient un peu la loi […] ça peut être des assistants de justice, des lieux de time-out, justice même, les CPS, etc. »

Une autre stratégie consiste à saisir les moments qui sortent du cadre habituel. En effet, le cadre hospitalier peut parfois constituer un obstacle à l'établissement d'un dialogue franc et ouvert. Il est donc important de pouvoir saisir les moments positifs, pouvoir valoriser les efforts des patients, un avis partagé par 100 % des soignants interrogés (cf. figure 9).

« Je crois qu'il faut se servir beaucoup plus des moments très informels pour en discuter. Dès que tu sors à l'extérieur, en fait, il ne faut pas en parler que quand c'est un moment négatif et problématique. […] hors contexte, quand tu sors à l'extérieur, tu es dans le parc, pourquoi pas en parler de manière beaucoup plus légère que de dire, tiens, tu vas nous suivre dans le bureau, on va un peu reprendre les faits. […] »
« […] aller à leur rythme sous peine de créer de la résistance, d'y aller petit à petit et de prendre les petites choses à chaque fois quand elles viennent quoi. »

De plus, respecter le rythme des patients est perçu comme important par 82,5 % des soignants (cf. figure 9). Bien qu'un commentaire ait été ajouté stipulant que *« parfois, attendre trop longtemps que le rythme du patient évolue de lui-même peut conduire à une stagnation. Il est donc nécessaire de le stimuler un peu pour favoriser le changement. »*

Cependant, selon les témoignages des soignants, même en mettant en place diverses stratégies, il est souligné que si le patient ne manifeste pas de volonté à s'engager dans le dialogue, il peut être difficile d'établir une communication constructive.

« Vous savez, même s'il y en a, tant qu'ils n'ont pas le déclic, pour moi ça ne reste que du support. Mais la principale stratégie et la seule est la discussion, mais ça peut se faire qu'avec une personne qui est ouverte à la discussion. Quand on a une personne qui est fermée et qui ne veut pas parler de sa consommation, j'ai l'impression qu'on ne sait rien y faire. »
« À part le lien de confiance, il n'y a pas, et ça met un peu de temps à se mettre, mais effectivement, à part ça, j'ai l'impression que pour parler de ça et pour qu'il s'ouvre un peu plus, il n'y a pas mille trucs à faire. Tu ne peux pas les forcer à parler non plus. »

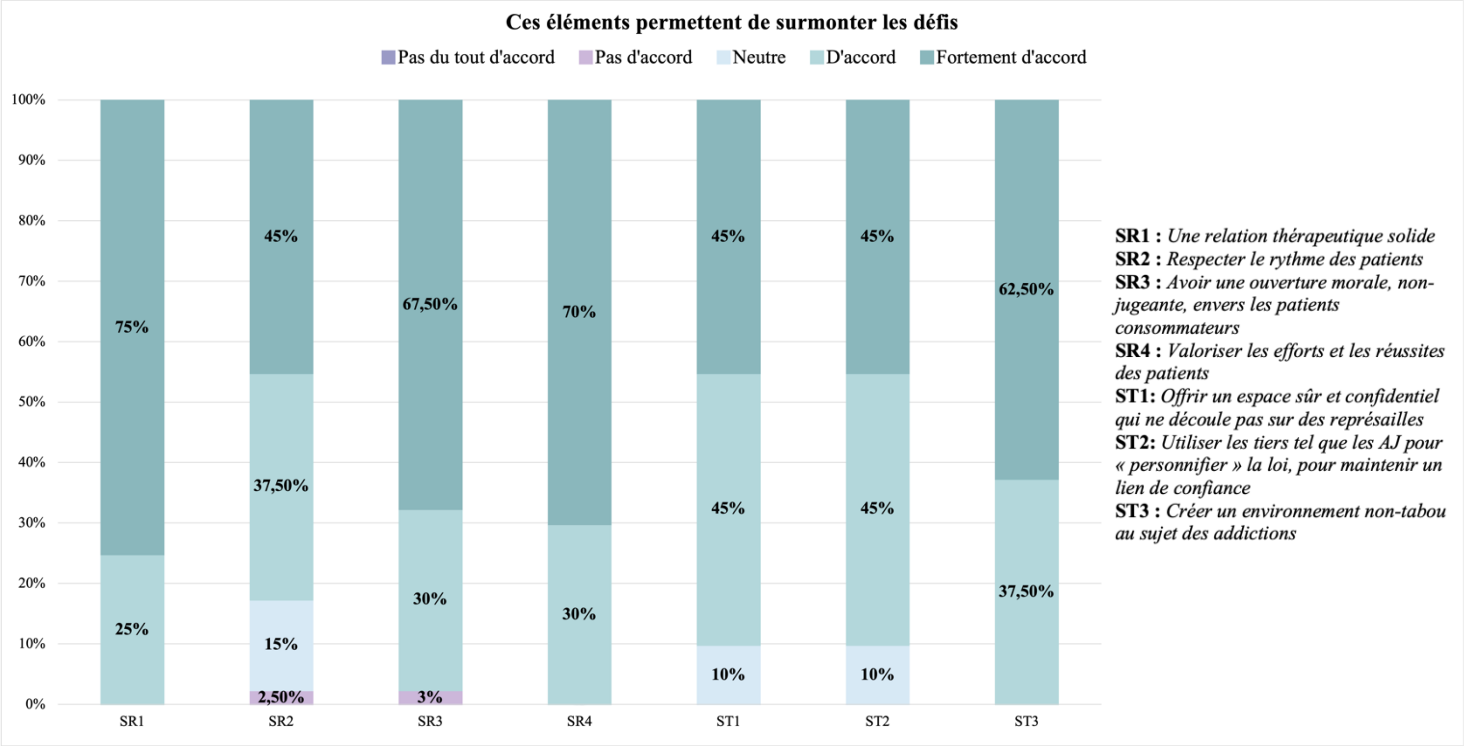


Figure 9

En conclusion, les soignants utilisent diverses méthodes pour encourager les échanges sur la consommation de produits psychotropes, en s'appuyant sur des compétences telles que l'écoute active et le non-jugement pour instaurer un climat de confiance. Malgré les défis liés à l'internement et la nécessité d'une approche cadrant, certains soignants défendent le fait de ne pas tomber dans l'amalgame : internement = répression et adoptent un accompagnement sans sanctions pour favoriser un lien de confiance. Des stratégies informelles, comme discuter hors du cadre hospitalier, sont également employées. Toutefois, sans la volonté du patient, il reste difficile d'établir une communication constructive.

5. Le besoin en formation

La majorité des entretiens ont révélé que les soignants se sentent insuffisamment formés en addictologie, bien que les addictions soient perçues comme une problématique centrale.

« Après, il y a une difficulté aussi, c'est, je pense, notre manque de formation […]. »
« […] Moi, je n'ai jamais eu de formations. Ça fait huit ans que je travaille en psychiatrie, huit ans que j'entends que c'est une problématique […]. Je dirais un chiffre au hasard, mais 70 % des patients sont sujets aux consommations. Et en fait, il n'y a pas de formation de sensibilisation à ça […]. »

La formation est vécue par beaucoup comme un outil essentiel pour mettre en place de bonnes pratiques. En effet, 98 % des soignants estiment que des formations spécifiques dispensées par des experts en addictologie pourraient améliorer l'accompagnement des patients (cf. figure 10).

Ce constat est appuyé par ce commentaire laissé par un répondant : *« La formation en addictologie est indispensable pour permettre au soignant de se sentir en sécurité dans sa prise en soins. »*

« […] Si tu veux aller dans une direction, il faut donner le vocabulaire et du sens à ce que tu fais aux équipes. »
« Absolument. Il faut plus de formation, toujours. On n'arrête jamais. À n'importe quel âge, à n'importe quel type de profession, surtout quand on travaille avec un humain, on ne peut pas avoir un point de vue trop basé sur purement son ressenti. Il faut avoir des connaissances, des compétences, parce que comme ça, on interprète mieux ce qu'on a en face de nous. Et plus on a de connaissances, plus cette interprétation peut être complexe, fine, et aussi stimulante intellectuellement. »

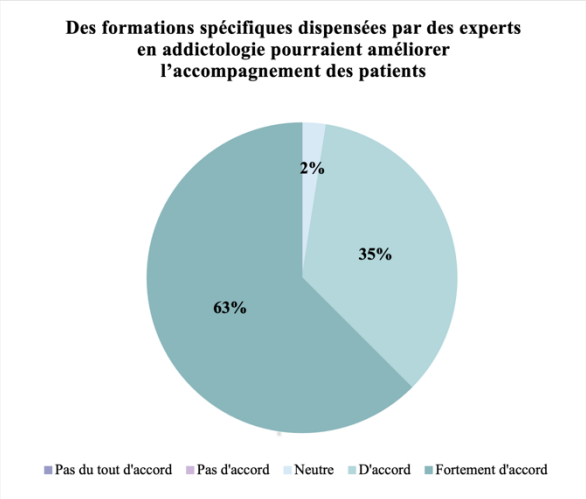


Figure 10

Les soignants ont exprimé leur souhait de suivre des formations spécifiquement dédiées à l'addictologie et ont insisté sur l'importance de se former aux entretiens, une formation déjà disponible à l'hôpital. Ils ont souligné que ces formations leur fourniraient une compréhension approfondie de la problématique ainsi que des outils pratiques pour travailler avec les patients.

« […] Oui vraiment, les formations nous permettraient d'avoir des informations sur la problématique, de pouvoir développer des outils qu'on pourra utiliser avec les patients par la suite et puis renforcer nos compétences […]. »
« Oui, et surtout une formation en addictologie et sur les différents produits toxiques. »
« […] Je pense que si on était formés à de bons entretiens aussi, on pourrait aller chercher plus loin la raison de la consommation. […]. »

Il a été demandé aux soignants, via le questionnaire, si les différentes thématiques proposées seraient pertinentes dans le cadre d'une formation. Une écrasante majorité a exprimé son accord pour toutes les thématiques, montrant leur intérêt à se former. Ces thématiques ont été classées en deux catégories : celles liées aux connaissances théoriques et celles associées aux aptitudes cliniques. Parmi les thématiques liées aux connaissances théoriques, on retrouve la théorie sur les différentes substances psychotropes et leurs effets, approuvée par 97,5 % des soignants. Le même pourcentage de soignants a exprimé leur accord pour en apprendre plus sur les phases par lesquelles passent les personnes souffrant d'addictions, ainsi qu'une mise à jour sur les nouvelles tendances en matière de drogues. Concernant les thématiques liées aux aptitudes cliniques, 95 % des soignants ont souligné l'importance d'être formés aux méthodes de communication avec les patients souffrant d'addiction. Les stratégies de prévention et de réduction des risques ont été jugées pertinentes par 100 % des soignants, ainsi que l'impact de la communication sur la maladie mentale (cf. figure 11).

En dehors des formations purement théoriques, l'accent est mis sur l'importance du travail en équipe. Les échanges au sein de l'équipe sont perçus comme essentiels pour comprendre les différentes perspectives sur la problématique, afin d'avancer dans la même direction. Il a également été souligné qu'il ne faut pas négliger les compétences de chaque membre de l'équipe, qui peuvent posséder des connaissances spécifiques et être en mesure de former leurs collègues.

« Mais je pense qu'il y a aussi ce truc de pouvoir partager en équipe. Comment est-ce qu'on voit ça ? Comment est-ce qu'on envisage de soigner ? Comment est-ce qu'on a envie de fonctionner ensemble ? Quelles difficultés on a ? Se rendre compte qu'on n'est pas tout seul. »
« Oui, la question de la formation c'est important, mais même en interne, parce qu'il y a des gens en interne qui sont formés, qui ont des connaissances, mais on l'apprend sur le tas […], et donc on ne connaît pas le champ d'action des uns et des autres alors que peut-être en interne il y a des possibilités de formation, de pouvoir se former entre nous […]. »
« […] déjà pouvoir voir ici quelles sont les connaissances qu'on a, qui a telles compétences et puis voir ce qui manque et de là cibler de l'aide à l'extérieur. Et puis je pense que c'est vraiment revalorisant pour les gens ici […]. »

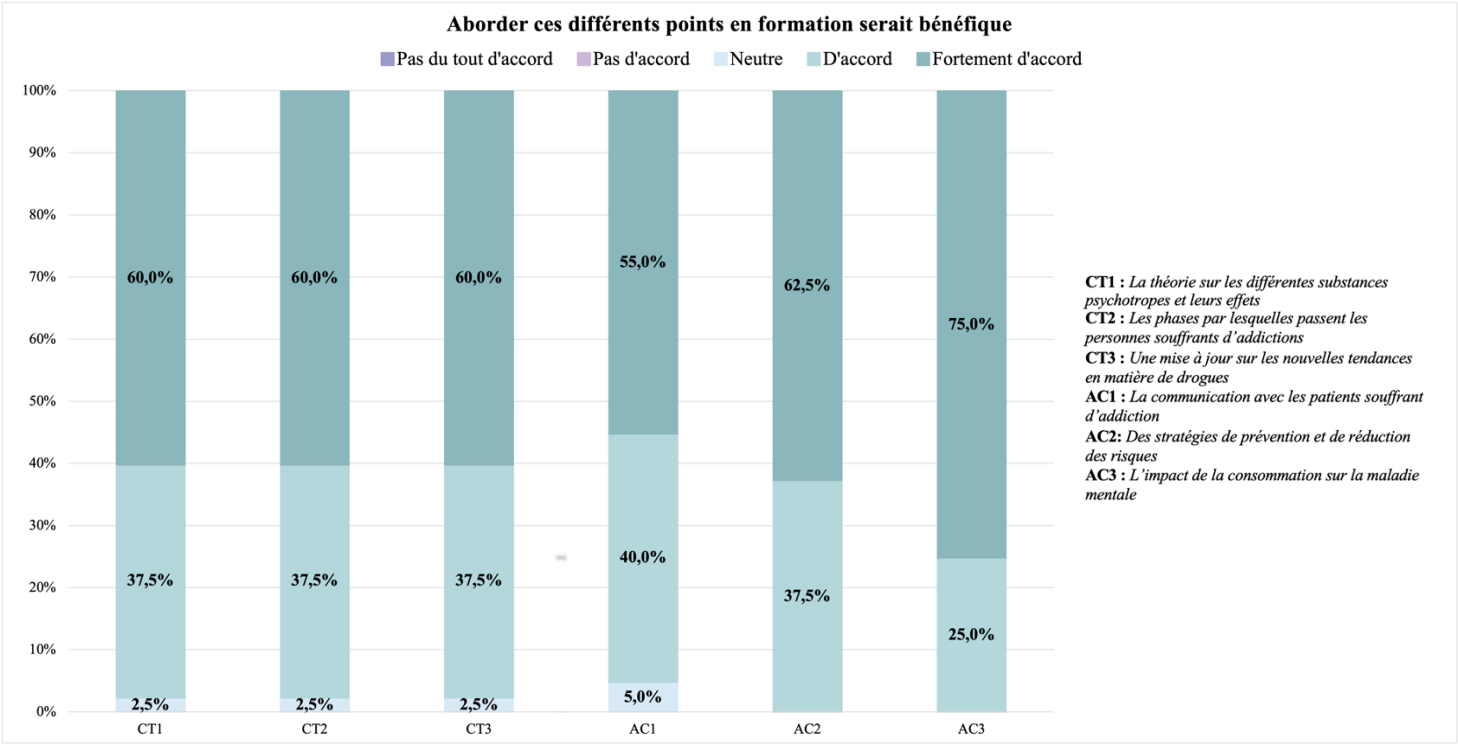


Figure 11

En conclusion, les entretiens ont révélé que les soignants se sentent insuffisamment formés en addictologie, bien que les addictions soient perçues comme une problématique centrale. La formation est vue comme un outil essentiel pour instaurer de bonnes pratiques et fournir des outils pratiques pour travailler avec les patients. Les soignants ont également mis l'accent sur l'importance du travail en équipe pour comprendre les différentes perspectives et valoriser les compétences de chaque membre. Ils souhaitent des formations spécifiques en addictologie et sur les entretiens pour renforcer leurs compétences et leur efficacité.

6. Les barrières dans la mise en place de bonnes pratiques

Les entretiens ont révélé que de nombreux soignants se sentent désemparés face à l'augmentation des drogues et du trafic dans l'hôpital, un avis partagé par 97,5 % des soignants qui estiment que la présence de drogue constitue une barrière (cf. figure 12). Cette situation, perçue comme un obstacle majeur, rend les stratégies de gestion des consommations inefficaces en raison de la trop grande tentation pour les patients. Les soignants constatent une banalisation de la consommation et soulignent une insécurité tant pour les patients que pour eux-mêmes.

« […] Juste le fait des nombreux deals qui ont lieu dans le jardin, tout simplement. On est dans un hôpital, quoi. […] Et il n'y a pas de filtre, il n'y a personne qui surveille ; ils consomment dans tous les coins. C'est quand même dingue. Et juste ça, ça n'aide pas du tout. »
« Il faut qu'il y ait une prise de conscience du danger pour les patients et pour le personnel confronté aux consommations et aux deals. […] Établir un cadre sécurisant pour tous. »

« Je dirais la banalisation de la consommation au sein de l'institution, un système de contrôle inefficace. »
« On n'est pas censé banaliser ça non plus. Ce n'est pas normal. Et effectivement, ça met les patients à mal, même ceux qui veulent arrêter, ceux qui ont arrêté et qui, en fait, reprennent ici. »

De plus, 95 % des soignants ressentent un manque de positionnement clair de la part de l'institution concernant les consommations dans l'enceinte de l'hôpital, avec des consignes floues (cf. figure 12). Il est compliqué pour eux d'instaurer un cadre strict, pouvant être perçu comme contraire au principe de rétablissement qui prône l'autonomie du patient.

« […] Il y a une difficulté : le positionnement institutionnel n'est pas clair. C'est-à-dire que dans tous les hôpitaux ou autres, tu consommes, tu es dehors ; tu fumes en chambre, c'est dehors. Ici, tout le monde sait, mais en même temps, il n'y a pas de positionnement de l'hôpital par rapport à la consommation au sein de l'hôpital. Déjà, c'est compliqué de mettre un cadre quand, limite, il n'y a pas vraiment de position institutionnelle. »
« […] Alors, je ne dis pas que si tu consommes, tu es foutu dehors, parce que ce n'est pas une solution non plus, je pense. Mais effectivement, quand tu as de l'ammoniac qui est ramené avec de la coke, des pipes à crack, et que tu vois le patient surpris dans sa chambre en train de fumer son crack, on est quand même sur des drogues dures, ce n'est pas n'importe quoi. »
« Aussi le fait qu'on reçoive peu de consignes à ce sujet ; il y a un manque de prise de responsabilités et de décisions. »
« […] Puis aussi le projet apertio qui fait qu'on ne peut plus mettre de rigueur pour stimuler les patients. »

Les soignants regrettent également que la problématique de l'addiction ne soit pas davantage intégrée dans le plan de soins institutionnel et qu'il n'y ait pas plus de moyens alloués pour y remédier. Ils sont 87,5 % à percevoir une trop grande séparation entre la problématique psychiatrique et celle d'addiction (cf. figure 12).

« Une fois, j'ai posé la question de pourquoi il n'existait pas d'unité d'addiction au sein de cet hôpital ou au moins un suivi concret des patients, car j'étais étonné que rien ne soit mis en place, et on m'a répondu que nous sommes en internement et pas en addictologie. J'avoue que je trouvais ça aberrant de ne pas lier les deux, car pour moi, c'est un des problèmes les plus importants. »

« Aujourd'hui, on n'est pas seulement dans le soin de la santé mentale. On est dans le soin de la santé mentale, plus consommation, plus plein d'autres choses. La santé mentale, c'est vague. Il faut accepter tout ça au lieu d'essayer de sectoriser en disant : nous, on ne fait que de la santé mentale donc la consommation ne doit pas être de pair. »
« […] Il y a beaucoup de réflexion sur ça, mais à proprement parler, il n'y a pas d'addictologue, tu vois. Moi, je trouve ça fou alors que 60 % des patients ici consomment, et il n'y a pas d'addictologue.»

Par ailleurs, les soignants ressentent que la hiérarchie très marquée impacte la mise en place de bonnes pratiques. Un avis partagé par 90 % des soignants interrogés (cf. figure 12). Ils estiment que le nombre important d'étapes à franchir avant de pouvoir agir limite leur capacité à prendre des initiatives et à en assumer la responsabilité. Ils soulignent la nécessité d'une délimitation claire des règles et des espaces de création thérapeutique par la hiérarchie.

« […] Je pense que la principale barrière ici, c'est qu'il y a trop de hiérarchie. Il y a trop de protocoles à suivre pour pouvoir mettre des choses en place, ce qui retire la spontanéité de tout. Et puis, si on persévère à vouloir mettre quelque chose en place, il y a un temps d'attente trop long avant de pouvoir le faire. […] »
« […] Et puis la volonté est là ; on sait que c'est important, mais c'est toujours une question de procédure et de hiérarchie. On doit passer par tellement de niveaux de validation que ça coupe en fait les élans individuels et du coup, rien ne se met en place avant que ça passe par une validation qui prend énormément de temps, et ça, c'est un gros frein. […] »

Une autre barrière qui se présente aux soignants est le sous-effectif. Cela peut impacter le temps disponible pour mettre en place certaines actions, les obligeant parfois à prioriser leur travail en fonction des deadlines. Cette barrière est l'avis majoritaire, mais de manière moins prononcée, avec 75 % d'accord (cf. figure 12). Il est intéressant de noter un commentaire fait par un répondant qui explique qu'il n'y a pas de sous-effectif en termes de nombre de personnel, mais plutôt un sous-effectif lié au nombre d'absents.

« […] Je pense déjà qu'il y a la question bien sûr des effectifs ; là, on est complètement en sous-effectif […] »
« […] Réussir à jongler avec tout ce qui est demandé à la fois du côté juridique, administratif, et le côté psy, pour pouvoir travailler cette problématique avec les patients, c'est assez intense et peu proportionnel au temps de travail disponible. »

Les soignants se sentent aussi incompris par la justice, qui semble ne pas comprendre leur réalité de terrain, complexe et multidimensionnelle, comme le démontrent les barrières citées ci-dessus. Une opinion partagée par 87,5 % des soignants (cf. figure 12).

« […] Je pense que les CPS ne comprennent pas le travail qu'on fait avec les patients ; ils sont plus dans la sanction et l'incompréhension de « mais qu'est-ce que vous faites finalement avec ces patients, ils ne respectent pas leurs conditions, mais il n'y a aucune conséquence » alors que c'est nous qui travaillons au quotidien avec ces patients […]. Voilà, c'est très compliqué par rapport à la gestion au quotidien. »

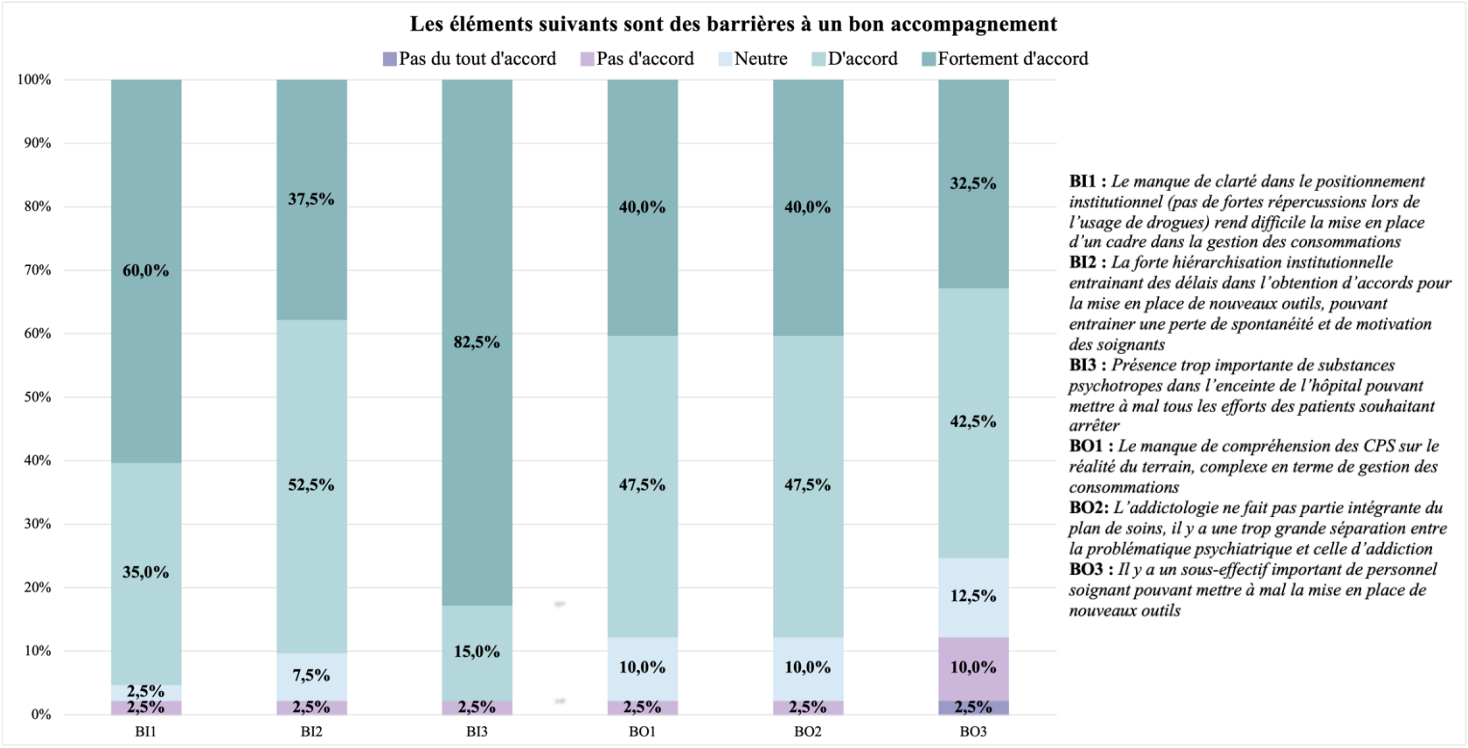


Figure 12

En conclusion, les entretiens ont révélé que de nombreux soignants se sentent désemparés face à l'augmentation des drogues et du trafic dans l'hôpital, ce qui rend les stratégies de gestion des consommations inefficaces et crée une insécurité pour tous. Ils ressentent un manque de positionnement clair de l'institution et regrettent que l'addiction ne soit pas mieux intégrée dans le plan de soins institutionnel, avec des moyens insuffisants pour y remédier. De plus, une hiérarchie très marquée et le sous-effectif limitent leur capacité à prendre des initiatives et à mettre en place de bonnes pratiques.

7. Les propositions de pistes d'améliorations

Les soignants, désireux d'améliorer la gestion des consommations dans le parcours de soins, ont proposé diverses suggestions d'amélioration, estimant que ces démarches pourraient favoriser une évolution positive des pratiques.

Tout d'abord, la première suggestion concerne le positionnement institutionnel, décrit précédemment comme une barrière à la mise en place de bonnes pratiques. Les soignants considèrent qu'il est important de définir un cadre et une direction clairs pour donner du sens aux actions entreprises.

« […] Et je pense qu'ici, à nouveau, il y a la question du positionnement. Est-ce qu'on aide à accompagner ? Ou est-ce qu'on veut la zéro consommation ? Parce que la justice dit non, et parce qu'on est dans un hôpital, on sanctionne. Est-ce que la sanction est le bon moyen ? Il faut avoir une philosophie qui va dans le même sens. »
« […] Il faut savoir si, que ce soit le chef de service ou la direction, nous visons une réduction des risques. Quitte à ouvrir et à changer notre regard sur la vision des addictions […] Pour moi, il est vraiment nécessaire de définir le cadre de la prise en charge, qu'il y ait consommation ou non, consommation problématique ou non. C'est cela qui oriente, selon moi, le travail. »

Cette étape permettrait d'adopter un discours unifié sur la mission des soins, ce qui pourrait faciliter l'interpellation des autorités en ce sens. D'autant plus que 85 % des soignants souhaitent faire évoluer les conditions de libération à l'essai liées à l'abstinence (cf. figure 13).

« […] Quand on s'inscrit dans cela, il y a forcément des moyens à mettre en œuvre, qui seront aussi discutés lors des rencontres avec les procureurs et les tribunaux d'application des peines, pour leur dire : nous, nous suivons ce but. Et eux, je pense, l'entendraient vraiment. »
« […] En tout cas, ce que nous souhaitons, c'est que la condition de ne pas consommer de substances soit transformée en une condition plutôt orientée vers le soin, c'est-à-dire avoir une obligation de soin par rapport à la consommation. »

Les propositions suivantes visent également à réduire les risques. Elles incluent la mise en place d'ateliers psychoéducatifs, de groupes de parole, de pair-aidance, ainsi que des activités de sensibilisation utilisant des outils ludiques. Ces initiatives sont validées par des réponses

positives de 92,5 % des soignants pour les groupes de parole, 87,5 % pour les ateliers psychoéducatifs, et 77,5 % pour l'intégration de pairs-aidants dans l'équipe (cf. figure 13).

« […] Des ateliers psychoéducatifs sur la réduction des risques permettraient d'avoir un moment privilégié avec les patients consommateurs et de discuter dans un climat de confiance.»
« Pour les outils, je pense que des supports médiatiques comme des films, des documentaires, des vidéos, ainsi que des groupes de parole seraient bien. Ce serait également intéressant de créer un outil ludique pour sensibiliser les patients, car beaucoup de choses passent par le jeu chez nous. »
« […] Et aussi, peut-être faire venir des pairs-aidants qui ont traversé ces expériences et qui sont maintenant vecteurs d'un message d'espoir ; cela pourrait aussi motiver les patients. »
« Je pense que tout ce qui concerne la réduction des risques et l'apprentissage des effets des drogues, tant positifs que négatifs, ainsi que des groupes de parole, permettrait également de libérer la parole. »

D'autres outils ont été présentés comme ayant été utilisés à petite échelle avec un seul patient ouvert à ces stratégies, mais pourraient être instaurés de manière plus concrète.

« Par exemple, nous avons mis en place un calendrier pour qu'il puisse quantifier et diminuer ses consommations ; ici, il essaie d'en fumer un seul par semaine, et ça semble plutôt bien fonctionner, car nous progressons. Nous avons aussi mis en place une boîte à émotions pour qu'il puisse exprimer ses sentiments lorsque l'envie de consommer est forte et qu'il ne veut pas en discuter avec les membres du personnel. Nous avons également développé des stratégies d'évitement, car sa consommation est souvent sociale. »

Cependant, les soignants témoignent que, tant qu'il y a une présence importante de drogues au sein de l'hôpital, toute stratégie sera compromise. Ils proposent d'augmenter les fouilles et les contrôles pour instaurer un cadre plus strict. Une amélioration que 95 % des soignants soutiendraient (cf. figure 13).

« […] En ce qui concerne la facilité d'accès aux drogues, je pense qu'il faudrait que nous puissions effectuer de véritables fouilles pour éviter que des drogues ne pénètrent dans l'hôpital. »
« […] Il faudrait plus de contrôle, car ce n'est pas possible de descendre au jardin et de trouver tout ce que l'on veut. »

« Les patients sont vraiment en demande de plus de structure et de rigueur, sans pour autant oublier le côté humain, le dialogue et l'écoute. Il est essentiel d'avoir plus de cadre. […] »

Comme mentionné précédemment, le travail en équipe est considéré comme crucial face à cette problématique. La suggestion suivante va dans ce sens en proposant d'organiser davantage d'échanges d'équipe afin de s'assurer que tous sont sur la même longueur d'onde. Une suggestion qui intéresse 75 % des soignants interrogés (cf. figure 13).

« Je dirais tout d'abord qu'un brainstorming en équipe nous permettrait de mettre à plat nos idées reçues sur la consommation et d'être sur la même longueur d'onde avec les mêmes attentes envers les patients et leur consommation. […] »

Par la suite, beaucoup ont exprimé le souhait de collaborer avec des structures externes spécialisées en addictologie. Ils estiment que leur expertise pourrait renforcer les actions entreprises.

« Pouvoir réaliser des immersions dans les centres spécialisés dans les addictions permettrait de découvrir leur mode de fonctionnement et de s'en inspirer. »
« […] Le souhait de tout le monde est d'avoir une formation dispensée par des organismes externes […] »
« Je pense qu'une équipe mobile spécialisée en addictologie serait bénéfique, car nous vivons au quotidien avec les patients et tissons des liens. Parfois, nous ne pouvons pas adopter la posture de celui qui réprimande […] »

Dans cette collaboration externe, différentes initiatives ont été citées dans les entretiens. Parmi celles-ci, 97,5 % des soignants soutiennent l'idée de développer une collaboration avec des experts en addiction. Le partage d'expériences entre professionnels de différentes institutions, afin de bénéficier de diverses approches et pratiques innovantes, est également bien accueilli, avec 90 % d'avis favorables. L'accès à des ressources extérieures, telles que des conférences ou des ateliers, est jugé pertinent par 95 % des soignants. De même, la possibilité de réaliser des immersions dans des structures spécialisées reçoit 87,5 % de réponses positives (cf. figure 13). La posture paradoxale entre le légal et le soin a été perçue comme un défi dans l'accompagnement des patients. Une proposition a été faite d'impliquer davantage les acteurs externes, permettant ainsi aux soignants en contact quotidien avec les patients de s'éloigner quelque peu de cette posture judiciaire.

« […] Mais le fait de se positionner de plus en plus du côté soins et moins du côté légal, en s'appuyant sur des acteurs externes tels que des assistants de justice, des lieux de time-out, etc. La justice elle-même, les CPS, etc. »
« […] D'un autre côté, il est aussi utile de s'appuyer sur des structures externes en tant que soignant, car certains centres de suivi ont peut-être une séparation plus claire entre soins et légal […] »

De nombreux soignants ont identifié la présence importante de hiérarchie comme un frein pouvant ralentir les élans de motivation. 95 % des soignants estiment qu'il faudrait simplifier davantage les procédures institutionnelles pour faciliter la mise en place de nouveaux outils ou pratiques (cf. figure 13).

« […] Il s'agit aussi de construire la confiance en commençant par des petites initiatives, comme des réunions informelles avec les patients. Je suis sûr qu'il y a ici des personnes compétentes qui pourraient parler des drogues ; nous pourrions commencer de manière presque informelle sans devoir passer par toutes ces étapes qui démotivent. […] »

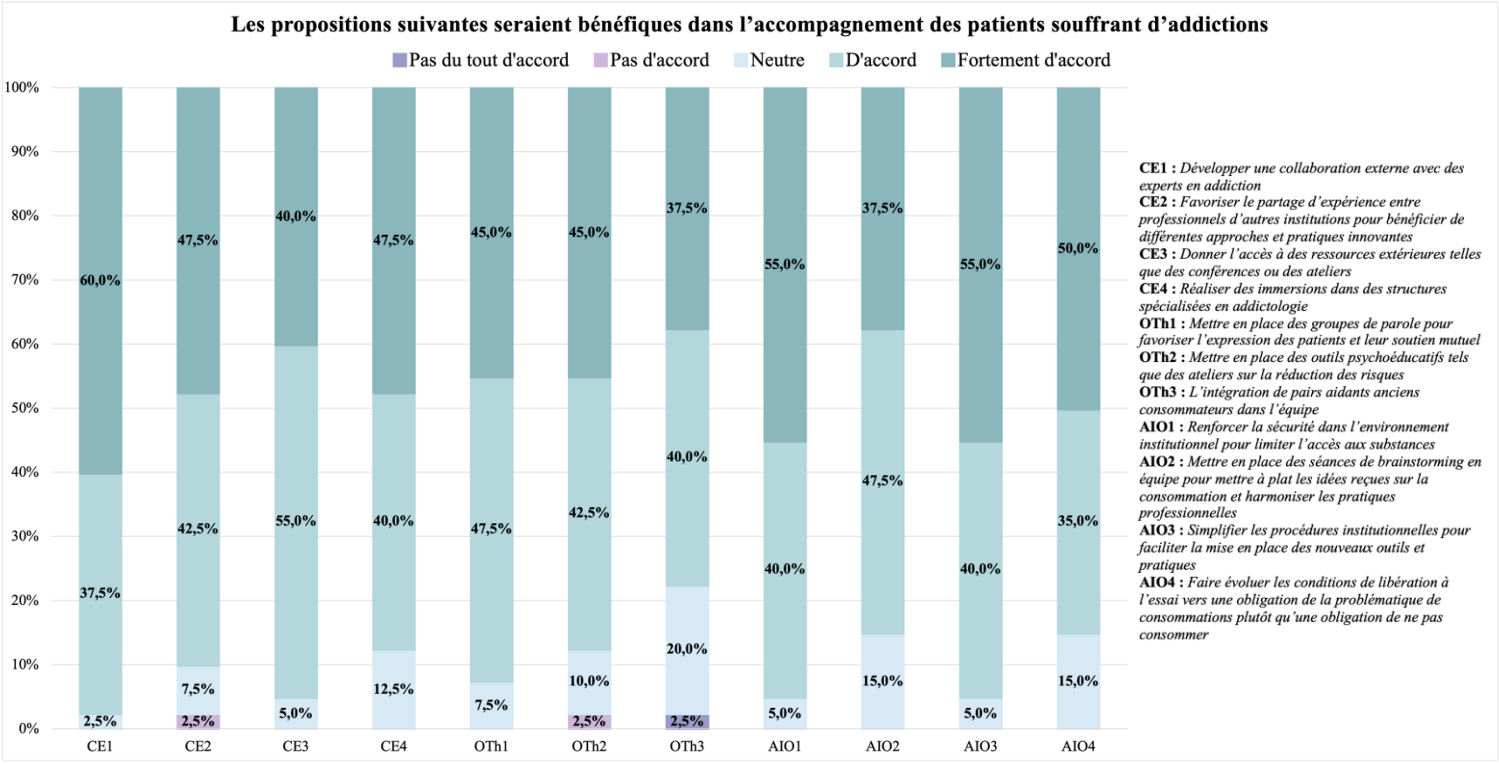


Figure 13

En conclusion, les soignants, désireux d'améliorer la gestion des consommations, ont proposé diverses pistes d'amélioration. Ils soulignent l'importance d'un positionnement institutionnel

clair pour donner du sens aux actions entreprises. Ils recommandent des ateliers psychoéducatifs, des groupes de parole, de la pair-aidance, et des activités de sensibilisation ludiques. Les soignants proposent également d'augmenter les fouilles et les contrôles pour limiter l'entrée de drogues. Le brainstorming en équipe est encouragé pour harmoniser les pratiques. Enfin, ils suggèrent d'impliquer davantage les acteurs externes pour s'éloigner de la posture judiciaire, permettant ainsi de maintenir un lien de confiance.

Avant de passer à la discussion, il est intéressant de visualiser l'ensemble des moyennes calculées grâce à la catégorisation des différentes affirmations (cf. annexe 3). En effet, nous constatons qu'aucune moyenne n'est inférieure à 4 (cf. tableau 2), sachant que les niveaux vont de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (fortement d'accord). Cela démontre que, malgré la diversité des soignants interrogés, le parcours de soins interné partage un avis unanime sur la gestion des troubles de la consommation et considère cette problématique comme centrale.

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon (N=40)

	Moyenne	**Médiane (Min ; Max)**
Les défis		
Défis liés à l'attitude des patients (DAP)	4.16	4.00 (3.00 ; 5.00)
Défis institutionnels et légaux (DIL)	4.46	4.5 (3.00 ; 5.00)
Défis liés à l'impact de la consommation (DIC)	4.38	4.33 (3.33 ; 5.00)
Défis lié au réseau externe (DRE)	4.42	4.67 (3.00 ; 5.00)
Les compétences		
Attitudes (AT)	4.49	4.71 (3.50 ; 5.00)
Aptitudes (AP)	4.49	4.75 (3.43 ; 5.00)
Les outils		
Outils de suivi et prévention (OSP)	4.07	4.00 (2.67; 5.00)
Outils thérapeutiques (OT)	4.33	4.33 (2.67 ; 5.00)
Compléments aux outils (CO)	4.39	4.50 (3.00 ; 5.00)
Les stratégies		
Stratégie relationnelle (SR)	4.58	4.75 (3.50; 5.00)
Stratégie de transparence (ST)	4.53	4.67 (3.67 ; 5.00)
Les formations		
Connaissances théoriques (CT)	4.58	4.67 (3.33; 5.00)
Aptitudes cliniques (CP)	4.63	4.67 (3.67 ; 5.00)
Les barrières		
Barrière institutionnelle (BI)	4.52	4.67 (2.00 ; 5.00)
Barrière organisationnelle (BO)	4.13	4.00 (2.67 ; 5.00)

Pistes d'améliorations		
Collaboration externe (CE)	4.41	4.38 (3.00 ; 5.00)
Outils thérapeutiques (OTh)	4.26	4.33 (2.33; 5.00)
Améliorations institutionnelles et organisationnelles (AIO)	4.36	4.38 (3.25 ; 5.00)

L'analyse des résultats révèle que, malgré l'adoption de divers outils par les soignants, ces derniers se heurtent à des défis liés à l'internement ainsi qu'à diverses barrières susceptibles de nuire au bon fonctionnement des outils et stratégies. De plus, les soignants estiment ne pas posséder suffisamment de compétences et soulignent l'importance d'une formation continue spécifiquement dédiée à l'addictologie. Malgré ces obstacles, les soignants démontrent qu'ils regorgent d'idées pour améliorer la situation, comme en témoignent leurs nombreuses propositions de pistes d'amélioration.

V. Discussion

1. Confrontation à la littérature

Diverses stratégies et outils pour la gestion des troubles de la consommation ont été illustrés dans le cadre théorique de ce mémoire dans le but de répondre à la question de recherche : «Quels outils et compétences un soignant doit-il avoir pour accompagner les patients en libération à l'essai avec des troubles de la consommation ? Enjeux de minimisation des risques de révocation et de favoriser leur réintégration dans la société ? »

Cependant, la réponse à cette question spécifique est influencée par les éléments suivants :

- Les compétences des soignants
- Les outils et stratégies
- Le contexte de l'internement
- La complexité du soin
- Le cadre du soin

1.1. Les compétences des soignants

Les compétences nécessaires pour accompagner efficacement les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychotropes sont un mélange d'aptitudes, de connaissances et d'attitudes (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

⇨ ***Les 4 compétences centrales :***

- ***La compréhension des troubles liés à l'usage de substances (SUD) :***

Les connaissances théoriques sur les substances psychotropes et leurs effets sont jugés importantes par les soignants, comme le préconise la littérature (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021). Cependant, l'évaluation de leur niveau de connaissance est moyenne. Très peu de soignants estiment que leur formation initiale les a bien préparés à la gestion des consommations. Ils ressentent un besoin de formation pour combler leurs lacunes et expriment le souhait de suivre des formations spécifiques en addictologie. Les thématiques jugées bénéfiques pour augmenter leurs connaissances incluent : une meilleure compréhension des substances psychotropes et de leurs effets, des stratégies de prévention et de réduction des risques, ainsi que des approches de communication adaptées aux patients souffrant d'addictions.

- ***Les connaissances des différentes approches et traitements disponibles***

Cette compétence consiste à connaître les divers modèles de traitement et de rétablissement, ainsi que les ressources communautaires (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021). Cette compétence peut être considérée comme incomplète d'après les entretiens. En effet, bien que divers outils aient été identifiés par les soignants, ils ne sont pas aussi complets que ceux décrits dans la théorie. Les soignants eux-mêmes reconnaissent qu'ils ont des lacunes concernant les approches spécifiquement liées à la gestion des troubles de la consommation et souhaitent approfondir leur formation. En ce qui concerne les ressources communautaires, les entretiens ont révélé que les soignants n'hésitent pas à orienter les patients vers des structures externes, prouvant ainsi qu'ils connaissent les ressources disponibles autour d'eux.

➔ Pour combler ces lacunes, les soignants ont proposé plusieurs pistes. Ils suggèrent de développer une collaboration externe avec des experts en addiction pour bénéficier de leur expertise et de leurs conseils pratiques. Ils recommandent également de favoriser le partage d'expériences entre professionnels d'autres institutions afin de tirer profit de diverses approches et pratiques innovantes. De plus, ils estiment qu'il serait bénéfique d'accéder à des ressources extérieures telles que des conférences ou des ateliers pour se tenir à jour des dernières avancées dans le domaine. Enfin, ils proposent de réaliser des immersions dans des structures spécialisées en addictologie pour observer et apprendre directement des pratiques spécialisées et efficaces. Ces initiatives visent à améliorer les compétences des soignants et la qualité des soins offerts aux patients souffrant d'addictions, répondant ainsi plus efficacement à leurs besoins complexes et variés.

- ***L'application de la théorie à la pratique***

Cette compétence consiste à adapter les stratégies de traitement aux besoins individuels des patients (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021). Les entretiens ont mis en évidence que cet aspect de l'accompagnement des patients est complexe pour les soignants, notamment en raison des défis liés à l'internement. En effet, certains soignants ont identifié que, bien qu'ils puissent en apprendre davantage sur les spécificités de la gestion des troubles de la consommation, le véritable enjeu réside dans la capacité à appliquer ces connaissances sur le terrain, en prenant en compte la comorbidité, les enjeux légaux, etc. C'est un aspect crucial des soins pour une évolution positive de la problématique et un élément sur lequel il serait important de se pencher davantage.

- ***L'aptitude professionnelle*** :

En plus des attitudes, les soignants sur le terrain ont identifié des aptitudes essentielles. Ils estiment qu'il est crucial d'individualiser le suivi des patients, de s'adapter à leurs besoins et de comprendre la spécificité de chaque situation. Cela inclut la capacité à prendre en compte la comorbidité et à distinguer les symptômes liés à la maladie psychiatrique de ceux liés à la consommation. Le travail en interdisciplinarité est également considéré comme une aptitude cruciale. Pour renforcer cette interdisciplinarité et harmoniser les pratiques professionnelles, les soignants proposent de mettre en place des séances de brainstorming en équipe. Ces séances permettraient de clarifier les idées reçues sur la consommation, d'aligner les perceptions et les approches de chacun, favorisant ainsi une prise en charge plus cohérente et efficace. Toutes ces aptitudes sont finalement en concordance avec la littérature (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

⇨ ***Les 8 compétences liés à la pratique clinique :***

Bien que formulées différemment dans les entretiens, il est possible de faire certains liens entre les compétences mentionnées et les 8 compétences citées dans la théorie.

- ***L'évaluation clinique***

Les soignants ont souligné l'importance d'individualiser leur suivi, ce qui nécessite une compréhension approfondie de la situation unique de chaque patient. Tous les éléments qu'ils ont cités, tels que l'identification de la fonction que la consommation de substances remplit pour le patient, savoir si cette consommation est problématique pour le patient et si elle est trop présente, ainsi que la distinction entre les symptômes liés à la consommation et ceux liés au trouble psychiatrique, font partie de cette évaluation clinique du patient, qui est cruciale pour déterminer la direction que doivent prendre les soins (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

- ***Planification du traitement et conseil***

En lien avec la compétence précédente, identifier les besoins individuels de chaque patient permet de réfléchir à un traitement adapté à sa situation et de collaborer avec lui pour atteindre des objectifs réalistes. Un exemple donné est la mise en place d'un calendrier qui quantifie les consommations du patient. Ce processus constitue un plan de soins qui établit une collaboration entre le patient et le soignant et fixe des objectifs atteignables pour la situation unique du patient. En outre, le fait que le soignant donne des conseils au patient en identifiant les situations où il consomme le plus et en proposant des pistes d'évitement est également crucial. Ainsi, une

collaboration étroite entre le soignant et le patient, basée sur une évaluation précise et des objectifs réalistes, est essentielle pour un traitement efficace et personnalisé des addictions (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

- ***Orientation et coordination des services***

L'orientation des patients vers des structures externes a été citée à plusieurs reprises par les soignants, notamment en raison d'un manque perçu de compétences dans ce domaine. Pourtant, l'orientation est décrite dans la littérature comme une compétence clé des soignants dans la gestion des troubles. En effet, c'est à la suite du travail effectué en amont, tel que l'évaluation clinique et la planification du traitement, que les soignants sont en mesure de déterminer la nécessité d'orienter le patient vers des structures externes, faisant ainsi de cette orientation une compétence importante (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

Concernant la coordination des services, qui consiste à collaborer avec différents services pour répondre aux besoins des patients, cela a également été souvent mentionné dans les entretiens comme une lacune. Cependant, la littérature la décrit comme une compétence propre aux soignants et non comme quelque chose qui se fait "en haut". Il serait intéressant de se pencher sur cette question et de comprendre comment les soignants peuvent être des acteurs clés favorisant cette coordination entre services (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

- ***L'éducation du patient, de la famille et de la communauté***

L'éducation thérapeutique, au même titre que la gestion des risques, a été souvent mentionnée durant les entretiens et est considérée comme importante par les soignants, ce qui sera davantage étayé par la suite.

- ***Documentation, responsabilité professionnelles et éthiques***

Ces deux compétences n'ont pas été mentionnées explicitement lors des entretiens, mais elles restent néanmoins cruciales. La documentation fait partie intégrante du métier de soignant en raison de la nature pluridisciplinaire et collaborative du travail, qui nécessite des traces écrites pour assurer une continuité optimale des soins.

Concernant les responsabilités professionnelles et éthiques, il est intéressant de se pencher sur cet aspect, car les soignants jonglent quotidiennement avec ces enjeux, particulièrement dans le contexte de l'internement. Le secret professionnel est un point délicat : nombreux sont les

soignants qui ont identifié l'obligation de tout rapporter à la justice comme une contrainte aux soins. Dans un contexte d'addictologie seul, de nombreuses informations resteraient au sein de l'unité, mais dans ce cadre-ci, elles doivent être partagées, ce qui complique l'acquisition de cette compétence.

⇨ ***Les attitudes*** **:**

L'enquête sur le terrain a déterminé que les soignants accordent une importance particulière aux attitudes qu'ils adoptent envers les patients. Des attitudes telles que le non-jugement, l'empathie, la patience et l'écoute active, qui relèvent du principe de relation d'aide, sont jugées cruciales. La littérature soutient également fortement ces attitudes comme des leviers importants dans la création d'une relation de confiance (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019).

⇨ ***La fonction du soignant dans la gestion des troubles de la consommation***

La littérature définit la fonction soignante dans le contexte des addictions sous trois angles : la fonction thérapeutique, la gestion des risques et la fonction éducative (Zobel & Savary, 2021). Différentes stratégies utilisées par les soignants sur le terrain peuvent être catégorisées selon ces différentes fonctions.

Dans leur fonction thérapeutique, les soignants ont souligné l'importance d'établir une relation thérapeutique solide dans l'accompagnement des addictions. Bien que cela soit un concept assez vaste, la littérature le considère également comme essentiel dans le processus de rétablissement (Zobel & Savary, 2021). Pour construire cette relation thérapeutique, les soignants mettent en place différentes stratégies, toutes centrées sur la valorisation de la confiance. Cela inclut une ouverture morale non jugeant et la création d'un espace confidentiel qui ne mène pas à des représailles. Comme expliqué précédemment, les représailles légales peuvent poser un défi dans le lien de confiance entre soignant et patient. Pour contrer cet aspect, certains soignants aimeraient davantage utiliser les assistants de justice (AJ), qui pourraient « personnifier » la loi, car ce sont eux qui ont finalement le lien le plus proche avec la justice (UNIA, 2023).

Concernant leur fonction liée à la gestion des risques, les soignants utilisent différentes stratégies. Ils s'efforcent de créer un environnement où les addictions ne sont pas un sujet tabou et où les patients ne sont pas stigmatisés. Ils valorisent les efforts des patients en se concentrant sur la diminution de la consommation, même minime, plutôt que sur la quantité totale consommée. De plus, ils respectent le rythme de chaque patient, saisissant les opportunités

quand elles se présentent sans les brusquer, bien qu'ils estiment que certains patients nécessitent parfois une stimulation pour éviter qu'ils ne stagnent. Toutes ces stratégies s'inscrivent dans le cadre du concept de réduction des risques, qui vise à minimiser les dommages associés à la consommation de substances, tout en accompagnant les patients vers une prise de conscience progressive et une amélioration de leur qualité de vie, même si l'abstinence totale n'est pas immédiatement atteignable (Haute Autorité de Santé, 2019).

Bien que la fonction éducative ait été moins mise en lumière sur le terrain, elle est perçue comme importante par les soignants. Ces derniers soulignent un manque dans ce domaine et souhaiteraient, par exemple, mettre en place des ateliers psychoéducatifs pour sensibiliser les patients aux différentes drogues et à leurs effets. Cette approche permettrait de fournir aux patients des connaissances sur leur situation, leur permettant de mieux comprendre les implications de leur consommation (Haute Autorité de Santé, 2019). En améliorant leur compréhension des substances et de leurs conséquences, ces ateliers viseraient à renforcer l'autonomie des patients et à les aider dans leur processus de rétablissement.

Pour améliorer l'accompagnement des patients, les soignants aimeraient aussi instaurer deux dispositifs qui peuvent finalement être reliés aux trois fonctions (thérapeutique, éducative, gestion des risques). Ils proposent de mettre en place des groupes de parole pour favoriser l'expression des patients et leur soutien mutuel. Ces groupes offrent un espace sécurisé où les patients peuvent partager leurs expériences, créant ainsi un réseau de soutien. Cela renforce les liens sociaux et permet aux patients d'apprendre les uns des autres (Lejoyeux, 2017). De plus, ils suggèrent l'intégration de pairs aidants, anciens consommateurs, dans l'équipe soignante. Les pairs aidants apportent une perspective unique, facilitant une meilleure compréhension et un soutien empathique pour les patients (Lejoyeux, 2017).

1.2. Les outils et stratégies

Malgré les lacunes identifiées, il est intéressant d'observer que les soignants se sentent tout de même légitimes pour accompagner les patients. L'étude sur le terrain a démontré que les soignants utilisaient divers outils et stratégies dans l'accompagnement des patients consommateurs. Ces outils et stratégies peuvent être comparés à ceux mentionnés dans la littérature.

Les soignants sur le terrain utilisent des outils pour objectiver les consommations, tels que les analyses urinaires, afin de dépister et mesurer la consommation de substances. De plus, ils ont

instauré des échelles de consommation (hétéroévaluation et autoévaluation) pour évaluer la sévérité de la consommation et son impact sur la vie du patient. Cette approche est conforme à la méthode SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment), qui préconise une évaluation initiale cruciale pour intervenir de manière adaptée et fournir des interventions spécifiques aux besoins des patients. Les soignants, ressentant un manque de compétences en matière d'addictions, dirigent souvent les patients vers des structures externes spécialisées en addictologie. Cette démarche est aussi conforme à la méthode SBIRT, plus précisément à l'étape de « Referral to Treatment ». Les soignants peuvent réaliser l'étape de « Brief Intervention » avec une gestion des risques, par exemple, mais lorsqu'ils estiment qu'un accompagnement plus approfondi est nécessaire, ils orientent les patients vers d'autres structures. (Babor et al., 2007).

En ce qui concerne la réduction des risques, qui vise à prévenir les comportements à risque et à réduire l'exposition aux substances, les soignants mettent en place des stratégies pour limiter l'accès aux produits (Haute Autorité de Santé, 2019). Par exemple, des restrictions de sorties sont appliquées lorsqu'une consommation est objectivée, permettant ainsi une surveillance de l'état somatique du patient tout en lui permettant de conscientiser son comportement. De plus, les soignants utilisent parfois les défis à leur avantage en usant du rappel à la loi pour permettre aux patients de prendre conscience lorsque leur comportement est à risque et dépasse le cadre légal.

Les entretiens sont également un outil utilisé par les soignants, préconisé par la littérature, pour augmenter la motivation au changement en explorant et résolvant l'ambivalence des patients vis-à-vis de leur consommation (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). Cet outil est important car, comme mentionné précédemment, le manque de motivation est un défi majeur pour les soignants qui accompagnent les patients internés dans la gestion de leur consommation.

Après un travail en amont sur la motivation des patients, différents outils sont mis en place par les soignants pour limiter les envies de consommation. Par exemple, la mise en place d'une aide médicamenteuse. La pharmacothérapie est un outil utilisé dans le traitement des addictions pour contrer les symptômes de manque (Sabine, 2023). Les soignants essaient aussi d'instaurer des stratégies d'évitement avec les patients, en identifiant les situations qui favorisent une consommation et en trouvant des alternatives. Cette stratégie rejoint un outil préconisé par la

littérature, à savoir les thérapies cognitivo-comportementales, qui ont pour objectif de modifier des comportements problématiques vers des comportements souhaités (AEMTC, s. d.).

Finalement, les soignants ont souligné que les outils ne sont pas universels et qu'il est crucial de les individualiser en fonction de chaque patient. Cela fait écho à la littérature qui, d'une part, parle du besoin d'avoir une approche centrée sur le patient, mais aussi de répartir les différents outils en fonction du stade dans lequel se trouve le patient dans son cheminement (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

1.3. Le contexte de l'internement

Les éléments illustrés soutiennent une approche générale de l'addiction qui ne prend pas en compte le contexte spécifique de l'internement, un contexte qui influence au quotidien la gestion des addictions chez les personnes internées.

⇨ ***La double fonction ambivalente du soignant :***

La psychiatrie médico-légale, à l'intersection du juridique et du médical, présente des particularités qui ont des conséquences sur l'accompagnement des troubles de la consommation. La notion d'abstinence totale figure souvent dans les conditions de libération à l'essai (UNIA, 2023), conditions qui, si elles ne sont pas respectées, entraînent un risque de révocation, de révision ou de suspension de ces conditions. De plus, le soignant, au-delà de son rôle de soins, s'engage à collaborer avec la justice en fournissant aux CPS des informations sur l'évolution positive ou négative des internés(Coordinateur Trajet de soins internés (SPF santé publique) & Coordinatrice Circuit de Soins Externe Internés (SPF Justice), 2017).

Ce contexte particulier place le soignant dans une posture complexe qui défie l'accompagnement thérapeutique, et ce de deux manières.

Premièrement, cela peut mettre à mal la relation de confiance avec le patient, pourtant cruciale dans l'accompagnement des addictions (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Le patient, craignant des représailles légales, est plus enclin à dissimuler ses consommations, ce qui va à l'encontre de la relation de confiance nécessaire au travail sur les addictions.

Deuxièmement, l'injonction d'abstinence met en tension l'application d'une approche de soins des addictions plus nuancée et individualisée, généralement préconisée dans le traitement des

addictions (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). En effet, la demande d'une abstinence totale ne prend pas en compte les approches de réduction des risques, pourtant particulièrement pertinentes pour de nombreux internés, pour qui la drogue fait souvent partie intégrante de leur vie, ayant souvent été exposés dès leur plus jeune âge. D'autant plus qu'il est reconnu que l'incarcération exacerbe les comportements de consommation et que, particulièrement associée à des troubles mentaux, la consommation a souvent une fonction d'apaisement des symptômes tels que l'anxiété, les hallucinations, etc., phénomène reconnu en psychiatrie comme un mécanisme d'adaptation ou d'automédication (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

En prenant en compte ce contexte, exiger une abstinence totale peut parfois sembler irréaliste dans l'immédiat. Cette difficulté est exacerbée par l'application de la loi de 1921, qui criminalise les comportements liés à la consommation de substances. De nombreux soignants ont exprimé le besoin de réviser cette loi pour permettre une approche plus thérapeutique et moins punitive des addictions. La campagne Stop1921 illustre bien cette demande, visant à moderniser la législation en faveur d'un traitement plus humain et efficace des comportements addictifs (Stop1921, s. d.).

Enfin, de nombreux soignants ont souligné que la consommation de drogues n'était pas problématique pour tous les patients. Comme le souligne la littérature, il existe différents stades avant d'arriver à celui de la dépendance : l'usage simple, l'usage à risque, l'usage abusif et enfin la dépendance (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). Ils estiment que, pour les personnes pour qui l'usage de drogues ne prend pas toute la place dans leur vie et n'a pas d'effets négatifs sur leur symptomatologie psychiatrique, l'abstinence totale n'est pas toujours le but ultime à atteindre. Ils espèrent qu'un jour, les conditions de libération à l'essai en matière d'addictions puissent être nuancées, avec, par exemple, l'appellation de consommation raisonnée à la place d'abstinence.

1.4. La complexité des soins

⇨ ***La non-volonté des patients d'arrêter leur consommation***

Les personnes internées pour qui la consommation est à l'avant-plan et qui ont besoin d'une modification des comportements addictifs pour une réinsertion sociale réussie ne montrent souvent aucune motivation à l'arrêt de ces comportements. C'est un défi de taille pour les soignants. Dans les centres spécialisés en addictologie, les personnes accueillies ont souvent eu

le déclic de vouloir se soigner. Ce n'est pas le cas dans le contexte de l'internement, où les patients ne sont pas hospitalisés par choix ; l'internement, et donc les soins, leur ont été imposés (UNIA, 2023). Ce contexte affecte profondément la notion de motivation au changement, certains étant même dans une réticence complète à vouloir modifier leurs comportements. Il est donc compliqué pour les soignants d'accompagner des personnes qui n'ont pas le souhait de réduire leur consommation. Les soignants doivent faire un grand travail en amont sur la motivation.

L'utilisation approfondie d'entretiens motivationnels prend ici tout son sens. Cette stratégie est conseillée par la littérature lorsque la personne n'a pas conscience de sa problématique d'addiction et n'est donc pas motivée à changer ses habitudes (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

⇨ ***Le manque de place disponibles exacerbé par la triple stigmatisation des patients internés (Statut d'internés, trouble psychiatrique et toxicomanie)***

Un autre défi majeur, également dénoncé dans le rapport écrit par UNIA (2023), réside dans le peu de places disponibles pour les personnes sous statut d'interné dans le secteur extrahospitalier. Le manque de places est déjà problématique, mais c'est d'autant plus complexe lorsque la personne présente une problématique de trouble de la consommation. Il y a très peu d'offres pour les personnes ayant la double casquette d'interné et de consommateur. Cela soulève un problème plus profond de stigmatisation. En effet, les patients subissent déjà plusieurs stigmates liés à leur statut d'interné, mais à cela s'ajoute une stigmatisation liée à la consommation de produits psychotropes. Cette réalité peut mettre une pression supplémentaire sur les soignants lors de l'hospitalisation, les poussant à traiter absolument ces troubles par peur que les addictions à l'avant-plan n'impactent négativement la réussite de leur réinsertion sociale. En effet, la consommation pouvant exacerber les symptômes psychiatriques et causer une décompensation, la pression est plus grande pour les soignants de s'assurer que la consommation soit sous contrôle (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017).

⇨ ***La scission entre l'addictologie et la psychiatrie***

Travailler sur la consommation de produits psychotropes dans un contexte de troubles psychiatriques sous-jacents est particulièrement complexe. En effet, la consommation de substances peut non seulement amplifier les symptômes psychiatriques mais également interagir avec les traitements médicamenteux, créant des défis supplémentaires pour les soignants (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). La notion de

rétablissement, largement utilisée en psychiatrie, prend tout son sens lorsqu'il est question de troubles de la consommation. Cette approche globale, centrée sur le bien-être de la personne, met en avant l'introspection et la prise de conscience morbide. En effet, les patients doivent réaliser qu'ils sont atteints d'une maladie et que leur comportement est influencé par cette condition, afin de pouvoir avancer vers un rétablissement (Pachoud, 2015).

Comme cité à plusieurs reprises par les soignants, il est important que le suivi des patients ayant des troubles de la consommation soit intégré à leur suivi psychiatrique, sans scission entre les deux aspects. L'hyperspécialisation est de plus en plus présente dans le paysage des soins de santé. Bien que bénéfique pour certaines pathologies spécifiques, elle présente parfois des désavantages. En mettant souvent en avant une seule problématique de santé, elle peut négliger une vision holistique du patient. Une approche intégrée est nécessaire pour traiter les patients de manière globale, en tenant compte de leurs multiples besoins et problématiques de santé, favorisant ainsi leur réinsertion sociale (beMedTech, 2023).

1.5. Le cadre du soin

⇨ ***Le cadre institutionnel***

Bien que toutes ces stratégies soient cohérentes avec les données scientifiques, les soignants ont identifié différentes barrières qui empêchent la mise en place de bonnes pratiques ou le bon fonctionnement de ces stratégies.

L'élément le plus important est la présence significative de drogues dans l'enceinte de l'hôpital. Cela crée une contradiction dans la vision des soins des soignants. Bien qu'ils souhaitent pratiquer la réduction des risques, ils constatent que c'est très compliqué à instaurer dans un hôpital psychiatrique résidentiel, surtout avec une présence aussi importante de drogues. Ils comprennent qu'avant de pouvoir adopter une démarche de réduction des risques, ils doivent être plus stricts concernant l'entrée de drogues au sein même de l'hôpital. L'hôpital doit être un lieu sécurisé et non un endroit de deal ou d'usage intensif de drogues. Les soignants souhaitent qu'il y ait davantage de fouilles et que la sécurité soit renforcée pour que l'environnement soit plus propice au rétablissement. Cela renvoie à la thérapie environnementale, qui met en avant l'importance d'un environnement sécurisé dans le processus de rétablissement (Campling, 2004).

La situation de latence des patients hospitalisés aggrave également les consommations. L'ennui, l'effet de groupe et le sentiment de démotivation incitent souvent les patients à consommer

davantage. De plus, les soignants doivent faire face à la difficulté d'individualiser les soins dans un contexte hospitalier où l'offre de groupe prédomine. Pratiquer la réduction des risques peut se faire sur une base théorique, mais il est concrètement très difficile de la mettre en œuvre de manière pratique au sein de l'institution.

Une autre barrière identifiée est le sous-effectif important. Cette situation affecte l'accompagnement des patients, surtout dans un contexte d'internement où les addictions ne sont pas les seules problématiques à gérer. En effet, les soignants doivent accomplir leurs tâches de base, et l'accompagnement des addictions demande du temps, souvent en dehors de ces tâches initiales. Ce temps n'est pas toujours disponible en cas de manque d'effectif, ce qui peut entraîner une surcharge de travail et une incapacité à fournir des soins de qualité optimale. Cela limite ainsi l'efficacité des stratégies mises en place pour gérer les addictions. De plus, les soignants identifient une présence trop marquée de hiérarchie au sein de l'institution, ce qui freine les différentes initiatives pouvant être mises en place dès que du temps se libère. En raison des nombreuses autorisations nécessaires avant de pouvoir mettre des stratégies en place, il y a un ralentissement dans leur mise en œuvre, ce qui peut parfois entraîner une perte de motivation.

1.6. Conclusion

La gestion des troubles de la consommation dans le contexte de l'internement médico-légal est marquée par des défis importants, tels que le maintien de la relation de confiance entre soignants et patients, l'application de stratégies nuancées face aux exigences d'abstinence totale et le manque de ressources. Ces éléments compliquent l'accompagnement des patients, qui se sentent parfois démunis face à la situation. Pour pallier cela, certaines pistes de réflexion peuvent être envisagées.

2. Réflexion

2.1. Dualité des rôles

Un thème récurrent dans ce mémoire est la dualité de la position des soignants, tiraillés entre leur rôle propre de soignant et leur collaboration avec la justice. Cette collaboration peut amener les soignants à ressentir qu'ils sont les garants du cadre judiciaire, un rôle souvent perçu comme répressif. Cela pourrait être attribué à une pression des instances judiciaires ou à une présence insuffisante de représentants de la justice sur le terrain, les forçant à endosser ce rôle. Il est difficile de répondre précisément à cette question. Cependant, bien qu'ils ne devraient pas

endosser ce rôle répressif, il n'en demeure pas moins que maintenir un cadre fait partie du rôle de soignant. Bien qu'il soit parfois difficile pour un soignant, dont la mission première est le bien-être des patients, de concevoir qu'il faille parfois aller à l'encontre de leurs souhaits, le concept éthique de bienfaisance et de non-malfaisance prend ici toute son importance (Grimaud & Erny, 2011). Le dilemme de bienfaisance et de non-malfaisance est comparable à l'acte de réaliser une injection : bien que cet acte soit douloureux à court terme, il est effectué dans le but de procurer un bénéfice à long terme pour la santé du patient. Dans le cadre de l'internement, le besoin de poser des limites claires peut être perçu par le patient comme une contrainte ou une punition. Cependant, ces limites sont nécessaires pour assurer le cadre thérapeutique et une réintégration sociale réussie. Cette approche permet de maintenir un équilibre, même si cela signifie endosser temporairement un rôle plus strict.

Dans ce contexte, les « stops sorties » illustrent bien ce dilemme. Bien que cette action puisse être perçue comme une punition, surtout par les patients, ce n'est pas le cas lorsque les soignants y mettent du sens, comme la protection du patient nécessitant une surveillance clinique. Le réel questionnement est de savoir quelles réponses apporter aux transgressions du cadre, que ce soit le cadre hospitalier ou thérapeutique, sans glisser vers la répression et en maintenant un sens thérapeutique. L'essentiel est de toujours justifier ces actions au regard du principe de bienfaisance et de non-malfaisance, en veillant à ce que chaque action entreprise ait un sens clinique clair et bénéfique pour le patient.

2.2. Les compétences des soignants

Un point qui m'a interpellé durant cette étude est le contraste entre l'évaluation par les soignants de leur niveau de compétences, jugé assez bas, et leur sentiment de légitimité majoritairement élevé face à cette problématique. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce paradoxe. Celle qui me semble prédominante est que, bien qu'ils reconnaissent des lacunes dans ce domaine, leur rôle de soignants les rend tout de même légitimes, voire tenus, d'aborder cette problématique. L'enjeu ici est de permettre aux soignants de devenir experts sur cette question centrale, afin qu'ils se sentent légitimes grâce à leurs compétences et non par obligation. Pour y parvenir, la formation est essentielle. Cependant, un travail individuel de chaque soignant est également crucial. Les résultats montrent que les soignants accordent une grande importance aux attitudes à adopter envers les patients. C'est un aspect difficile à inculquer, car il fait partie du cheminement personnel du soignant et de la réflexion sur l'attitude qu'il souhaite adopter face aux patients.

La notion de recourir à l'aide d'experts en addictologie a également été abordée à plusieurs reprises dans les résultats. Bien qu'il existe des spécialistes dans ce domaine, il a été établi tout au long de cette recherche que cette problématique, dans le contexte de l'internement, est bien plus nuancée. Il me semble utopique d'imaginer que des spécialistes pourraient apporter des réponses exhaustives à cette problématique. Comme mentionné précédemment, il est beaucoup plus pertinent de faire en sorte que les soignants déjà présents, experts dans le domaine de l'internement, deviennent également experts dans la gestion des troubles de la consommation associés à l'internement. Cela passera par des formations, qui pourraient être dispensées par des spécialistes, mais ce sont finalement les soignants qui appliqueront ces connaissances sur le terrain.

2.3. Les formations

Il est simple de proposer l'idée d'offrir davantage de formations, mais il est également crucial de réfléchir à la manière de les rendre les plus optimales possible. Comment garantir que tout le personnel puisse y accéder malgré la pénurie de personnel qui ne permet pas forcément de libérer toute l'équipe ? Comment assurer leur pérennisation et veiller à ce que les informations apprises soient retenues et mises en pratique ? Ces questions nécessitent une réflexion approfondie.

Une des solutions pourrait être la mise en place de formations en ligne, accessibles à tous les soignants dès qu'un moment se libère. Les plateformes d'e-learning offrent des modules interactifs et flexibles, permettant aux soignants de se former à leur rythme. De plus, les formations en ligne peuvent inclure des évaluations régulières pour assurer la rétention des connaissances (eLearning Industry, 2023).

Pour pérenniser ces formations, il serait intéressant d'instaurer un module de formation continue consacré à cette problématique. De plus, il serait bénéfique de mettre en place un système de suivi et de mise à jour des compétences acquises, par exemple à travers des ateliers où les soignants échangent leurs expériences et les difficultés rencontrées lors de la mise en pratique des nouvelles connaissances. Cela permettrait non seulement de renforcer ce qui a été appris, mais aussi d'identifier et de corriger ce qui ne fonctionne pas.

Finalement, pour assurer une mise en place efficace des pratiques, il pourrait être judicieux de désigner des référents au sein des équipes. Ces personnes seraient responsables de veiller à ce

que les nouvelles connaissances soient correctement diffusées et appliquées. Elles pourraient également initier des moments d'échanges au sein de l'équipe, facilitant ainsi le partage de bonnes pratiques et la résolution collective des problèmes. En intégrant ces éléments, on pourrait garantir que les formations proposées soient non seulement accessibles à tous les soignants, mais aussi durables et véritablement bénéfiques dans la pratique quotidienne.

2.4. La vision du rétablissement

Certains soignants ont exprimé un sentiment d'impuissance face à la gestion quotidienne de cette problématique, sentiment légitime face aux défis évoqués précédemment. Je pense, cependant, qu'il est intéressant de se pencher sur la vision du rétablissement qu'ont les soignants dans ce contexte. Est-ce qu'ils recherchent absolument une guérison ? Perçoivent-ils une consommation comme faisant partie du processus de rétablissement ou plutôt comme une rechute ? Ces questionnements auront une influence sur leur sentiment d'impuissance. Un soignant qui considère la consommation comme une rechute systématique pourrait éprouver davantage de frustration et de découragement lorsque les patients consomment. En revanche, s'ils voient une consommation contrôlée comme faisant partie du processus de rétablissement, leur sentiment d'efficacité peut être influencé positivement. En adoptant une approche plus nuancée où chaque petite avancée est vue comme un succès, ils pourraient trouver plus de satisfaction et de motivation dans leur travail.

Cela nous ramène à la question de la criminalisation des consommations, qui freine le bon développement des soins. Bien que les troubles de la consommation soient considérés comme une maladie, il est encore difficile de considérer tous les comportements associés comme des symptômes de cette maladie. Cette criminalisation, ancrée dans l'esprit de la société, engendre une perception négative de toute consommation problématique ou non, compliquant l'accompagnement des patients. Par exemple, on ne dirait pas à un diabétique que son rétablissement est un échec suite à une hyperglycémie. De la même manière, une consommation fait partie des symptômes du trouble et n'est pas un échec en soi, tant qu'elle reste contrôlée et qu'un travail est fait pour modifier les comportements problématiques. Cependant, un important travail de déstigmatisation est nécessaire pour pouvoir l'intégrer, et la criminalisation de l'acte n'aide en rien. Il est crucial de reconsidérer notre approche des troubles de la consommation, en adoptant une perspective beaucoup plus médicale. En reconnaissant les rechutes comme des étapes possibles du parcours de rétablissement, les soignants pourront mieux accompagner les patients, en offrant un soutien adapté et sans jugement.

2.5. Pistes d'améliorations

Les soignants ont proposé diverses pistes d'amélioration pour optimiser la prise en charge des patients souffrant de troubles de la consommation. Ils soulignent la nécessité de renforcer les formations en addictologie afin d'être mieux armés face à cette problématique. Ils suggèrent également de favoriser la collaboration avec les structures spécialisées en addictologie, en y incluant éventuellement des immersions pour bénéficier de leur expertise. Simplifier les procédures institutionnelles est aussi perçu comme important pour permettre aux soignants de mettre en place plus facilement les outils nécessaires. Enfin, il est essentiel d'augmenter la sécurité dans l'hôpital pour limiter la présence de drogues et assurer un environnement sûr pour tous. De plus, différentes propositions d'ateliers ont été faites, tels que des groupes de parole, l'intégration de pairs-aidants, ou des séances de gestion des risques. Toutes ces propositions sont pertinentes et pourraient être enrichies par une exploration plus approfondie des outils documentés par la littérature.

⇨ ***L'éducation thérapeutique***

L'éducation thérapeutique, visant à renforcer le rôle actif du patient, inclut des séances d'information ainsi que des entretiens motivationnels pour aider les patients à mieux comprendre et gérer leurs troubles (De La Tribonnière et al., 2016). Comme stipulé, la formation sur les entretiens motivationnels existe au sein de l'hôpital. Il serait pertinent de la mettre en priorité et de s'assurer que tous les professionnels puissent en bénéficier, avec des rappels réguliers, étant donné le défi majeur lié à la motivation des patients. De plus, comme les soignants l'ont souligné, ils souhaitent avoir davantage de formations, ce qui est crucial dans l'éducation thérapeutique, car c'est leur rôle d'informer les patients sur les enjeux de la consommation. Pour ce faire, ils doivent acquérir les connaissances nécessaires et rester à jour.

⇨ ***Les thérapies***

Se pencher davantage sur les thérapies psychosociales, telles que les thérapies cognitivo-comportementales, qui visent à remplacer les réactions problématiques par des conduites positives. Ces thérapies fournissent des outils pour faire face aux situations favorisant la consommation, déterminent les processus cognitifs menant à la consommation, et proposent des stratégies pour les éviter (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2017). Différentes thérapies sont déjà utilisées par les psychologues, mais souvent de manière variable

et non uniformisée. Il serait pertinent de développer un plan de soins formel pour assurer une approche cohérente et systématique.

Il est également important de se pencher sur la thérapie occupationnelle, qui a toute sa place dans le contexte de l'internement, où l'ennui est souvent omniprésent. Cette approche vise à structurer le temps des patients par des activités et à améliorer leurs compétences occupationnelles pour réduire les comportements addictifs (Wasmuth et al., 2015). Certains patients fréquentent déjà des lieux de lien ou réalisent du bénévolat, ce qui est très pertinent. Structurer leurs journées, que ce soit au sein des unités ou à l'extérieur, est primordial.

Dans le même esprit, il est important de prendre en compte la comorbidité des patients. La thérapie par le jeu permettrait d'aborder cet aspect, en proposant, par exemple, des ateliers de gestion des risques basés sur des jeux et des quiz. Mettre en place des jeux de société centrés sur l'éducation thérapeutique ou la gestion des risques peut être un levier efficace. En utilisant des interventions ludiques, telles que des quiz et des jeux, il est possible de créer un environnement interactif et engageant qui favorise la participation active des patients (Taghipour et al., 2023).

Les groupes de parole ont également été cités comme bénéfiques. Il serait intéressant de songer à intégrer de la pair-aidance dans ces groupes et, pourquoi pas, d'élargir cette pair-aidance à des groupes tels que les Narcotiques Anonymes ou d'autres groupes similaires. Cela pourrait permettre d'offrir un moment de partage bienveillant et sécurisé où les patients pourraient s'enrichir des expériences des uns et des autres. De plus, l'intégration de la pair-aidance pourrait encourager l'engagement continu des patients dans leur parcours de rétablissement, en leur offrant des exemples concrets de réussite et des stratégies pratiques pour surmonter les défis liés à la dépendance (Narcotics Anonymous, 2024).

⇨ ***L'onboarding***

Une autre piste d'amélioration, qui peut sembler utopique, est le besoin de renforcer les équipes en personnel soignant. Il est souvent difficile d'implémenter de nouvelles stratégies avec un déficit de personnel, déjà occupé par ses tâches habituelles. Dans le cadre de cette étude, lorsque le problème est davantage lié à l'absentéisme, il pourrait être pertinent d'explorer des pistes de prévention de l'absentéisme. De plus, l'étude a démontré qu'un pourcentage élevé de personnel travaille au sein du parcours de soins interné depuis moins de trois ans (62,5%). Il serait intéressant que le processus d'onboarding, c'est-à-dire l'intégration et l'accompagnement des

nouveaux employés, inclue un volet important sur les stratégies de gestion de la consommation, permettant ainsi aux nouveaux employés d'être immédiatement opérationnels. Il serait également bénéfique d'automatiser et de faciliter la mise en place de nouvelles initiatives sur le terrain. Par exemple, permettre aux soignants d'initier des actions de manière spontanée, puis de les soumettre à une évaluation ultérieure dans le but de pérenniser ces initiatives (Culture RH, 2024).

⇨ ***Pluridisciplinarité et intersectorialité***

Dans le contexte de ce mémoire, un parti pris a été de rester global sur le rôle des soignants et de prendre en compte tous les professionnels travaillant au sein du parcours de soins interné. En effet, cette diversité de fonctions est une richesse, et il serait intéressant de se pencher davantage sur le rôle et les compétences de chaque fonction. Toutes ces fonctions ont des cursus différents et donc des compétences variées. Ce qui serait pertinent, et la proposition d'un brainstorming va dans ce sens, serait d'évaluer de manière plus formelle quelles sont les compétences et les rôles de chacun au sein de l'équipe, afin de réfléchir au plan de soins en conséquence. Cela permettrait d'être davantage structuré, renforçant ainsi le travail en interdisciplinarité.

Finalement, les contradictions entre la législation et la réalité du terrain ont été fréquemment citées comme compliquées à gérer au quotidien. Pour remédier à cette situation, il serait bénéfique de collaborer plus étroitement avec le système judiciaire dans une démarche intersectorielle. Cette collaboration permettrait d'échanger et de coconstruire une approche qui soit à la fois cohérente avec les exigences juridiques et adaptée aux diverses situations cliniques des patients sur le terrain. Proposer une obligation de soins et une consommation raisonnée plutôt qu'une abstinence totale pourrait constituer un compromis pertinent.

2.6. Conclusion

En conclusion, pour une meilleure gestion des troubles de la consommation dans le contexte de l'internement, il est essentiel d'adopter une approche nuancée et intégrative. Centrée sur la notion de rétablissement, cette approche nécessite une adaptation des conditions de libération à l'essai et une déstigmatisation des comportements liés à l'addiction. Cela permettrait d'adopter une approche beaucoup plus médicale de la situation. Pour relever ces défis, il est crucial de mettre en place une stratégie globale et équilibrée, combinant la formation continue du personnel soignant pour renforcer leurs compétences, la collaboration intersectorielle, l'adaptation des conditions de libération à l'essai, une gestion des risques ou encore l'utilisation

d'outils adaptés au contexte de l'internement. Ces éléments permettront d’adopter un accompagnement plus holistique en espérant pouvoir minimiser les risques de révocation, de révision, de suspension des conditions et favoriser la réintégration sociale des patients.

VI. Triangulation des mémoires

Après une enquête de terrain, nous sommes en mesure de dessiner une image plus complète et nuancée de la problématique de la consommation de substances psychotropes dans le parcours des personnes internées. Cette partie du mémoire se consacre à mettre en lien nos trois perspectives : l'analyse des enjeux de l'addiction, l'évaluation des outils et des compétences des soignants, et l'analyse des programmes de prévention et d'accompagnement après l'hospitalisation. Ces perspectives sont finalement interreliées.

L'étude sur le terrain au centre hospitalier Jean Titeca a révélé que la consommation de substances psychotropes est une problématique centrale dans le trajet de soins interné. En effet, 51 % des patients ont activement consommé des substances toxiques durant leur séjour, avec 34 % ayant consommé des drogues douces comme l'alcool et le cannabis, et 17 % des drogues dures telles que la cocaïne (De Page & Titeca, en cours). De plus, un des coordinateurs TSI a affirmé qu'environ deux tiers des internés en Belgique consomment. Cette réalité démontre clairement l'ampleur de la problématique à laquelle les soignants doivent faire face au quotidien. Cependant, différents défis peuvent constituer un frein dans cet accompagnement, certains de ces défis étant également rencontrés par les structures externes. En effet, ces défis, liés au contexte d'internement, impactent tous les stades par lesquels passent les personnes internées.

La fréquence de consommation et l'impact sur l'état clinique des patients sont des éléments essentiels à prendre en compte, identifiés comme des défis majeurs par les soignants. Les patients interrogés ont décrit leur consommation comme évolutive, passant d'occasionnelle à régulière, voire quotidienne. L'impact de la consommation, d'un point de vue clinique, se manifeste de différentes manières, notamment par l'agressivité et les comportements perturbateurs. Les patients consommateurs de substances dures présentent une prévalence plus élevée de ces comportements. Par exemple, les consommateurs de cocaïne affichent des niveaux plus élevés de transgressions et d'agressivité, ainsi que des comportements antisociaux, incluant la manipulation et le non-respect des règles de l'établissement. De plus, ces consommations induisent davantage d'états de paranoïa et de troubles cognitifs en comparaison avec les consommations de drogues douces (De Page & Titeca, en cours). C'est pourquoi l'impact de la consommation sur l'état clinique des patients a été identifié par les soignants comme un défi significatif. En effet, ces comportements exacerbés par la consommation peuvent compliquer les interventions thérapeutiques et nuire à leur efficacité. Les patients sous

influence rencontrent des difficultés à s'engager dans le traitement et à maintenir des relations constructives avec le personnel soignant.

À cette problématique de comorbidité s'ajoute le contexte de l'internement et les enjeux qui y sont liés. Les personnes internées doivent respecter les conditions de leur libération à l'essai, qui incluent souvent l'abstinence totale. La consommation de substances peut donc avoir des conséquences légales importantes, telles que des fins de séjour hospitalier prématurées. Par exemple, 15 % des non-consommateurs subissent une révocation, tandis que ce chiffre monte à 25 % pour les consommateurs de drogues douces et à 37 % pour les consommateurs de drogues dures (De Page & Titeca, en cours). Il convient de noter que ce ne sont pas toujours les consommations elles-mêmes qui causent la révocation, mais plutôt les comportements problématiques qui en découlent, tels que ceux mentionnés précédemment.

La consommation de substances pose également un risque de prolongation du séjour hospitalier. Les consommateurs ont souvent des séjours hospitaliers plus longs, en raison des défis cités précédemment. C'est, finalement, un cercle vicieux, car l'hospitalisation est identifiée par les patients comme l'une des raisons qui les poussent à consommer, à cause de l'ennui, des ruminations, etc. Cette situation impacte aussi les soignants, qui peuvent se sentir impuissants et perdre espoir. La patience est importante dans ce contexte. Le manque d'offre de soins extrahospitaliers pour le public d'internés pose également problème, surtout pour ceux ayant un double diagnostic (problèmes psychiatriques et addictions), en raison d'un manque de places et parfois d'une stigmatisation importante de ce public (passé carcéral, dangerosité, toxicomanie, etc.). Cette situation accentue l'embouteillage au sein du trajet de soins internés, aggravant la surpopulation dans les annexes psychiatriques (UNIA, 2023). Un autre défi souligné par les soignants est le risque de rechute, ce qui est appuyé par les chiffres montrant un taux de réadmission de 55 % pour les consommateurs contre 35 % pour les non-consommateurs (De Page & Titeca, en cours), soulignant l'importance du suivi pendant l'hospitalisation mais aussi après.

De plus, le contexte d'internement, en raison de l'association du légal et du soin, est un défi en soi. Les soignants, ainsi que les patients, ressentent un fossé entre la réalité sociétale, où fumer un joint n'est plus perçu comme aussi problématique, et leur réalité marquée par une interdiction totale de consommer. Il est souvent nécessaire d'aller au-delà du fait qu'ils consomment et que ce n'est pas bien, pour comprendre d'où vient ce besoin. De nombreux patients ont témoigné de situations de vie complexes, semées d'embûches telles que des

problèmes familiaux ou des traumatismes, où la consommation de drogue a souvent été un échappatoire depuis l'adolescence. Certains y trouvent une fonction relaxante, anti-hallucinogène ou encore stimulante pour leur créativité. Les soignants sont conscients de cette réalité, ce qui les amène à penser qu'il n'est pas toujours envisageable ou réaliste d'espérer une abstinence totale, du moins dans l'immédiat. Cependant, comment prôner cela quand c'est contraire à la législation ? Cette posture contradictoire complique leur rôle et l'instauration d'une relation de confiance. En effet, leur position, entre le souhait d'accompagner les patients de manière transparente et ouverte d'esprit et l'obligation de tout rapporter à la justice, est complexe. Les patients perçoivent cette contradiction et expriment également un manque de confiance, ayant peur que tout ce qu'ils disent soit suivi d'une sanction, préférant alors cacher leur consommation.

Pour contrer cette contradiction, certains soignants choisissent de ne pas tout rapporter à la justice. Ils travaillent dans un contexte de transparence avec les patients, prônant l'authenticité en n'adoptant pas une posture répressive mais plutôt en sensibilisant les patients aux dangers de leur consommation. C'est d'ailleurs ainsi que fonctionnent certaines structures externes, qui se contentent d'envoyer une attestation de présence, entre autres, aux assistants de justice. Certains soignants demandent également la possibilité d'interpeller les CPS pour modifier les conditions de libération à l'essai, favorisant une approche plus nuancée, demandant une consommation raisonnée ou s'axant plutôt sur une obligation de soins. Bien que, selon un des coordinateurs du TSI, certains juges adoptent déjà cette perspective, ce n'est pas encore généralisé.

Cependant, bien que certains patients soient capables d'adopter une consommation raisonnée, pour d'autres, la consommation prend une place centrale dans leur vie, impactant négativement leur processus de réintégration sociale. Par exemple, certains patients dépensent tout leur argent dans la consommation, reléguant leurs besoins primaires au second plan. Un accompagnement plus intense est nécessaire pour eux, mais les soignants font face à un autre défi : le manque de motivation et l'absence de conscience morbide. Beaucoup estiment ne pas être addicts, pouvoir arrêter quand ils le souhaitent, ou considèrent que ce n'est pas un problème, mettant en avant les effets positifs qu'ils ressentent sans prendre conscience des risques engendrés par la consommation. Pourquoi arrêter alors que cela leur fait du bien ? Ce défi est vécu quotidiennement par les soignants et les structures externes. Comment aider un patient qui ne veut pas arrêter ? Tel est l'enjeu principal.

Pour essayer de répondre au mieux à cet enjeu, les soignants doivent posséder des compétences qu'ils ont pu identifier comme nécessaires dans ce contexte. Ils soulignent l'importance d'avoir des connaissances théoriques sur les substances psychotropes, incluant leurs effets, les signes de consommation, et les nouvelles drogues de synthèse. Une compréhension approfondie de la maladie mentale et de ses interactions avec la consommation de drogues est également jugée cruciale. Les soignants mettent aussi en avant les pratiques de relation d'aide, insistant sur le non-jugement et la communication comme compétences essentielles. Malgré cela, ils estiment ne pas être suffisamment formés, ce qui représente un obstacle significatif dans leur capacité à accompagner efficacement les patients. La majorité des soignants ressentent un besoin de formation en addictologie pour combler ces lacunes.

Malgré ce manque de formation, divers outils sont utilisés pour accompagner les patients dans leurs problématiques d'addiction. Parmi les outils préventifs, on trouve les analyses d'urine et les restrictions de sortie, tandis que les entretiens motivationnels et la thérapie pharmacologique sont des outils plus à visée thérapeutique. Bien que ces outils soient recommandés par la littérature, les soignants estiment qu'ils doivent être individualisés selon chaque patient. Les patients sont d'accord avec cette approche ; certains estiment que les analyses d'urine ou les restrictions de sortie ne servent strictement à rien et peuvent même les inciter à consommer davantage, tandis que d'autres pensent que ces mesures ne sont pas assez exploitées. Cependant, il faut nuancer cette approche, car certains pourraient percevoir ce traitement différencié comme une injustice.

Malheureusement, malgré leur bonne volonté, les soignants identifient encore des barrières significatives à leurs efforts et à ceux des patients. La présence trop importante de drogue au sein de l'hôpital est perçue comme la principale barrière, créant un environnement tentant et insécurisant pour les patients et les soignants. Les patients demandent plus de sécurité et de contrôles pour éviter les transactions et les tentations, estimant parfois qu'il est plus facile de trouver de la drogue à l'hôpital qu'à l'extérieur. Les soignants partagent ce point de vue et souhaiteraient pouvoir instaurer un cadre plus strict, tout en restant dans une optique de réduction des risques. Ils jugent anormal que la consommation soit si facile au sein de l'hôpital, ce qui laisse aux patients un sentiment de liberté d'agir comme ils le souhaitent.
Ces défis se poursuivent pour les patients une fois l'hospitalisation terminée. Comme cela a été identifié précédemment, il y a un risque accru de rechute pour ce public présentant un double diagnostic. Il est donc crucial et essentiel de prévoir un accompagnement. Cependant, certaines

contradictions ou obstacles sont identifiés. Par exemple, certaines structures demandent aux patients d'être abstinents avant d'intégrer leur établissement, ce qui limite davantage l'accès aux structures externes pour ce public. En effet, comme mentionné précédemment, il peut paraître irréaliste de demander une abstinence à ce public. À cela s'ajoute le fait qu'il existe actuellement peu de structures capables de prendre en charge ce public spécifique. Il est cependant étonnant de constater que, parmi celles qui le font, elles rencontrent un faible nombre de demandes. Une explication plausible est qu'une fois sortis de l'hospitalisation, les personnes concernées sont moins suivies. En effet, la question de la motivation a déjà été citée comme un défi majeur, même avec un encadrement hospitalier. Il est pertinent de se demander si cette motivation ne sera pas encore moins présente sans cadre, ce qui ne les pousserait pas à se présenter aux structures.

D'autre part, certaines structures interrogées sont spécialisées en addictologie, mais estiment ne pas avoir les connaissances requises pour accompagner la population d'internés. Elles soulignent leur volonté et la nécessité de se former pour mieux comprendre les spécificités liées à l'internement, dans le but d'offrir un meilleur accompagnement.

Cependant, à cela s'ajoute un manque d'effectifs et de ressources financières, empêchant l'augmentation de leur capacité d'accueil, ce qui peut entraîner des listes d'attente. Face à une population qui a déjà une motivation fluctuante, cela peut constituer un obstacle supplémentaire dans la volonté des patients à s'y rendre. Cette motivation, tout comme pour les soignants du centre hospitalier, a été identifiée par différentes structures comme étant le défi majeur à l'accompagnement.

En effet, nous pouvons constater que le parcours des personnes internées souffrant d'addictions, et elles sont majoritaires, est assez complexe et pourrait bénéficier de certaines améliorations. Tout d'abord, comme mentionné, la motivation des patients et l'absence de conscience du problème sont des enjeux cruciaux dans l'accompagnement de ces personnes. Il est compliqué d'accompagner des personnes réticentes, et il faut miser sur des actions visant à augmenter leur motivation et à leur permettre de prendre conscience de leur problématique, telles que l'éducation thérapeutique et les entretiens motivationnels.

De plus, il a été identifié que la législation n'est pas en phase avec la réalité du terrain et impacte négativement l'accompagnement des patients, notamment en exigeant l'abstinence totale, ce qui semble irréaliste pour les soignants comme pour les patients, qui trouvent souvent une

fonction à leur consommation. Les soignants souhaiteraient adopter une stratégie de réduction des risques, compatible avec une relation de confiance avec les patients, car ils n'auraient pas la pression de devoir tout faire remonter à la justice. En effet, cette pression judiciaire, par la peur d'être révoqué, pousse les patients à se cacher. Tous, soignants, patients et structures extrahospitalières, souhaitent un assouplissement de ces conditions de libération à l'essai, mais pour cela, il faudrait pouvoir atteindre la justice et collaborer plus étroitement.

Cependant, bien que la gestion du risque soit souhaitée, il ne faut pas oublier que la comorbidité entre en jeu et qu'un risque de rechute plane toujours. C'est pourquoi le suivi extrahospitalier est crucial et nécessiterait davantage de ressources allouées. Comme mentionné précédemment, le souhait est d'assouplir les conditions en se dirigeant vers une obligation de soins plutôt qu'une abstinence. De ce fait, il serait intéressant que cela ne se limite pas à l'hospitalisation mais se poursuive jusqu'à l'extrahospitalier. Si l'hôpital réussit à instaurer un plan de soins avec le patient, il est essentiel que ce plan se poursuive après la sortie du patient pour éviter toute rechute.

De plus, il serait pertinent de favoriser une collaboration entre les intervenants du trajet de soins internés. Nous avons constaté que les soignants de l'hôpital souhaitent être davantage formés en addictologie, tandis que les experts en addictologie souhaitent être formés à l'internement. Collaborer et partager leurs expertises respectives serait bénéfique pour tous.

VII. Conclusion

Bien que l'enquête ait pu démontrer la place centrale des addictions parmi le public des internés, nous constatons que le parcours de soins pour ces derniers, en tenant compte de l'enjeu des addictions, n'est pas entièrement opérationnel et est freiné par divers obstacles. Nos trois analyses distinctes, associant des méthodologies qualitatives et quantitatives, ont permis de montrer que la consommation de substances psychotropes représente un défi majeur tant pour les patients que pour les intervenants TSI, impactant de manière significative le processus thérapeutique et la réintégration sociale.

En effet, environ deux tiers du public interné en Belgique consomment des substances psychotropes. Les données montrent que ceux qui consomment de manière abusive sont plus enclins à présenter des comportements perturbateurs, leur état clinique étant fragilisé par la consommation. Cette situation impacte la fluidité du parcours de soins, entraînant souvent une prolongation de l'hospitalisation. Cela est principalement dû au manque de places dans les structures externes, situation aggravée par leur toxicomanie qui conduit parfois à des refus, les structures préférant privilégier les non-consommateurs. Au final, les patients se trouvent dans un cercle vicieux où l'hospitalisation pousse à une consommation accrue, influencée par la démotivation, l'influence des pairs ou encore la présence excessive de drogues.

Le contexte légal représente également un défi de taille. Les conditions de libération imposent aux personnes sous statut d'internement de ne pas consommer de substances psychotropes, une exigence souvent difficile à respecter. Les soignants se trouvent dans une position contradictoire, entre leur souhait d'accompagner les patients de manière ouverte et transparente et l'obligation de rapporter à la justice, ce qui complique l'établissement d'une relation de confiance. Les patients, ayant souvent un passé important avec la drogue, y trouvent une fonction, et les soignants estiment qu'une stratégie de gestion des risques est plus réaliste. Il a donc été abordé le souhait d'assouplir cette condition, avec cependant une obligation de prise en soins, car sans cela, de nombreuses personnes en libération à l'essai pourraient se faire révoquer, stagner dans ces unités psychiatriques médico-légales ou rechuter. Cette stagnation pose problème, car elle empêche la rotation des patients, entraînant le remplissage des annexes psychiatriques et créant ainsi des embouteillages dans le parcours de soins.

Pour répondre à ces défis, il est crucial de renforcer la motivation des patients et leur prise de conscience des problèmes liés à leur consommation. Des approches telles que l'éducation

thérapeutique et les entretiens motivationnels sont essentielles, sans oublier d'adapter l'accompagnement à un public présentant une comorbidité psychiatrique, ce qui influencera l'approche à adopter. Il est également recommandé d'améliorer les programmes de prévention et d'accompagnement des addictions. De plus, il est nécessaire d'accroître le soutien financier, de mettre en place des programmes de formation pour le personnel TSI, et d'augmenter les capacités d'accueil dans les structures spécialisées en addictologie. L'implémentation de pairs aidants et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle visent également à renforcer les actions mises en place dans le TSI pour les addictions aux substances psychotropes et à fluidifier le parcours des internés vers leur réinsertion sociale.

Il est aussi crucial de mettre l'accent sur la prévention de la consommation de substances psychotropes et des risques associés. Cette prévention est essentielle pour éviter que certaines personnes n'atteignent un stade critique et irréversible. Il est donc important d'agir le plus tôt possible en réalisant des campagnes de prévention et de sensibilisation dans les établissements scolaires afin d'éduquer les individus dès leur plus jeune âge.

Enfin, bien que nos enquêtes aient démontré la problématique centrale des addictions chez les internés, elles ont également révélé la complexité et les multiples obstacles du parcours de soins. Une approche globale et proactive, axée sur la motivation, l'éducation thérapeutique et la prévention, ainsi qu'une collaboration renforcée entre les différents acteurs du TSI, serait importante pour améliorer la prise en charge des addictions dans le contexte de l'internement et faciliter la réintégration sociale des patients. La gestion des troubles de la consommation sera également facilitée par une décriminalisation des comportements addictifs, permettant à tous les soignants d'adopter une approche plus médicalisée de la problématique.

VIII. Bibliographie

AEMTC. (s. d.). *Definition des TCC*. Consulté 13 novembre 2023, à l'adresse https://www.aemtc.be/definition-tcc.php#

Alcool. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/alcool

Amar, M. B., & Léonard, L. (2002). *Les psychotropes : Pharmacologie et toxicomanie*. PUM.

American Psychiatric Association (Éd.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

Amphétamines. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/amphetamines

Auwers, T. (2021). *Soins de santé mentale*.

Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) : Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Substance Abuse*, *28*(3), 7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03

Beck, F., Lermenier-Jeannet, A., & Nguyen-Thanh, V. (2019). Lutte contre le tabagisme et autres addictions : État des lieux et perspectives. *Bulletin du Cancer*, *106*(7-8), 656-664. https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.11.008

beMedTech. (2023). *Le paysage des soins de santé en déséquilibre*. https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/20231116_bemedtech_paysage_des_soins_de_sante___en_de__se__quilibre.pdf

Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2004). *La comorbidité—Consommation de drogue et troubles psychiatriques*. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=19485

Campling, P. (Éd.). (2004). *From toxic institutions to therapeutic environments : Residential settings in mental health services*. Gaskell.

Cannabis. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/cannabis

Cartuyvels, Y., Champetier, B., & Wyvekens, A. (2011). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. : Une approche empirique. *Déviance et Société*, *Vol. 34*(4), 615-645.

https://doi.org/10.3917/ds.344.0615

Cocaïne. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/cocaine

Connaître les drogues et leurs effets. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets

Coordinateur Trajet de soins internés (SPF santé publique), & Coordinatrice Circuit de Soins Externe Internés (SPF Justice). (2017, octobre). *Trajet De Soins Internés : Au sein de la réforme des soins en santé mentale*.

Crocker, A. G., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Côté, G. (2023). *Description and processing of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder accused of "serious violent offences"*.

Culture RH. (2024). *Onboarding RH : l'accueil et l'intégration des nouveaux collaborateurs*. https://culture-rh.com/onboarding-rh/

De La Tribonnière, X., Jacquet, J.-M., Vidal, J., & Donnadieu Rigole, H. (2016). Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie: *Santé Publique*, *Vol. 28*(5), 591-597. https://doi.org/10.3917/spub.165.0591

De Spiegeleir, S. (2024, janvier 13). *L'internement en Belgique : Du (para-)pénal à la santé mentale*. https://publiclawdroitpublic.ca/fr/linternement-en-belgique-du-para-penal-a-la-sante-mentale/

Drogue / Psychotrope / Stupéfiant / Toxique—Encyclopédie médicale. (2016, octobre 3). Vocabulaire médical. https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/209-drogue-psychotrope-stupefiant-toxique

Duke Center for Personalized Health Care. (s. d.). *What Is Personalized Health Care?* https://personalizedhealth.duke.edu/our-work/what-personalized-health-care

eLearning Industry. (2023). *The Topmost Benefits of eLearning in the Healthcare Industry*. https://elearningindustry.com/the-topmost-benefits-of-elearning-in-the-healthcare-industry

Ethics Guidelines | AAPL - American Academy of Psychiatry and the Law. (2005, mai). https://www.aapl.org/ethics.htm

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). *Rapport européen sur les drogues 2022 :tendances et évolutions.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2810/786951

Géraldine, L., Carolina, P., Marisol, C., Marie, D., Marie-Françoise, B., Hélène, C., Dominique, G., Werner, V., Vincent, L., & Véronique, B. (2016). *Réalisation d'une cartographie à l'établissement de défense sociale de Paifve et au sein des établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Mons, Jamioulx, Forest et Berkendael, dans le cadre de l'élaboration du trajet*

de soins pour internés.

Gisle Lydia. (2019, octobre). *CONSOMMATION D'ALCOOL*. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf

Grimaud, D., & Erny, I. (2011). *Éthique et soins*. *77*.

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2020). Psychosocial therapies in severe mental illness : Update on evidence and recommendations. *Current Opinion in Psychiatry*, *33*(4), 414-421. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000618

Haute Autorité de Santé. (2019, septembre). *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa-_recommandations.pdf

Héroïne. (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/heroine

Jacob, B. (2018). *Les trajets de soins : Un modèle pour les personnes en situation d'internement*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/poster_tsi.pdf

Jaspis, P. (2018). *L'internement en prison*. *83*.

Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques: *L'information psychiatrique*, *Volume 85*(7), 611-620. https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0517

Leistedt, S. (2020). *La psychiatrie légale en Belgique en 2020*. *75*(11), 742-747.

Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie* (3e éd). Elsevier-Masson.

Maison interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, & INPES. (2006). *Drogues & dépendances : Le livre d'information, état des connaissances*.

MDMA (ecstasy). (2017, septembre 13). Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/mdma-ecstasy

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Interéditions.

Narcotics Anonymous. (2024). *Les Narcotiques Anonymes Belgique*. https://na-belgium.org/fr/infos/

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2022). *Prisons et drogues : Réponses sanitaires et sociales*. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=19485

Observatoire international des prisons. (sd). Population carcérale. *OIP Belgique*. https://www.oipbelgique.be/thematiques/population-carcerale/

Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues. (2017). *SOINS : Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins* (5).

Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues. (2019). *Bonnes pratiques en réduction de risques* (4).

OIP. (2018, mars 11). *L'annexe psychiatrique de la prison de Lantin : Chronique d'une catastrophe annoncée*. https://www.oipbelgique.be/files/uploads/2020/03/CP_110318.pdf

OMS. (2022). *Global compentency framework for universal health coverage*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686

Pachoud, B. (2015). La perspective du rétablissement : Un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, *7*(1), 165. https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165

Perry, C. J., & Lawrence, A. J. (2017). Addiction, cognitive decline and therapy : Seeking ways to escape a vicious cycle. *Genes, Brain and Behavior*, *16*(1), 205-218. https://doi.org/10.1111/gbb.12325

Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg. (2015a, décembre 8). *Défense sociale | Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg*. https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/defense-sociale/

Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg. (2015b, décembre 8). *La mise sous protection des malades mentaux*. https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concertation-en-sante-mentale/

Protais, C. (2015). *La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA*.

Reynaud, M., Parquet, P. J., & Lagrue, G. (1999). *Les pratiques adictives : Usage, usage nocif et dépendance de substances psychoactives*.

Rossignol, V. (2001). *L'entrevue motivationnel : Un guide de formation*. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_L%E2%80%99entrevue-motivationnelle-un-guide-de-formation-2001.pdf

Rossinelli, G. (2009). Psychiatrie médico-légale : Évolutions récentes, dérives, enjeux: *L'information psychiatrique*, *Volume 85*(8), 703-707. https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0531

Sabine. (2023, février). Médicaments pour lutter contre la drogue : Quels sont-ils? *Institut ADIOS*. https://institutadios.com/drogue-addiction-et-dependance-aux-drogues/arreter-la-drogue/aide-drogue-sos-drogue/medicament-contre-drogue/

Service public federal. (2014, mai 5). *Loi du 05/05/2014 relative a l'internement des personnes* [Loi]. etaamb.openjustice.be; Moniteur Belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-05-mai-2014_n2014009316.html

Service public federal. (2021). *Données phares dans les soins de santé—Soins en santé mentale*.

Service public federal Justice. (2024). *Etablissement de défense sociale de Paifve*. https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/prisons_belges/prisons/adres_gevangenis_paifve

Service public fédéral justice. (sd). *Politique et programmes en matière de drogue*. Service public fédéral justice. https://www.justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/vivre_en_prison/politique_et_programmes_en_matiere_de_drogue

Siensano. (2020, juin 25). *Consommation d'alcool*. Vers une Belgique en bonne santé. https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool#

Similes. (2021). *Quel sera le parcours de la personne internée*. https://www.justice-en-ligne.be/Depuis-le-1er-octobre-2016-une

Spronck Vincent. (2022, avril 13). *Surpopulation dans les prisons : « 40% des détenus ont un problème de santé mentale, 25% ont une lourde pathologie psychiatrique »*. RTBF. https://www.rtbf.be/article/surpopulation-dans-les-prisons-40-des-detenus-ont-un-probleme-de-sante-mentale-25-ont-une-lourde-pathologie-psychiatrique-10974101

Stop1921. (s. d.). *Campagne pour la révision de la loi sur les drogues de 1921*. https://stop1921.be/fr/

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *The Substance Use Disorder Counseling Competency Framework : An Overview*.

Taghipour, E., Vizeshfar, F., & Zarifsanaiey, N. (2023). The effect of gamification-based training on the knowledge, attitudes, and academic achievement of male adolescents in preventing substance and internet addiction. *BMC Medical Education*, *23*(1), 860. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04858-1

Thibaut de Maisières, F. (2017, septembre 1). *Depuis le 1er octobre 2016, une nouvelle vision de (...)*. https://www.justice-en-ligne.be/Depuis-le-1er-octobre-2016-une

Titeca, P., Martin, K., Livingston, Carroll, Wolff, N., Oswald, P., Kennedy, H., & Chaimowitz, G. (2019). *Le rétablissement en psychiatrie médico-légale*. IAFHMS CONFERENCE 2019 MONTREAL.

Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders : A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, *35*(9), 851-860. https://doi.org/10.1002/da.22771

UNIA. (2023). *Réinsertion des personnes internées : Quels défis dans un Etat de droit?* (Rapport

internement).

Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2015). *Occupation-based intervention for addictive disorders : A systematic review*.

Zobel, F., & Savary, J.-F. (2021). *Dépendances*. *71*.

IX. Annexes

1. Annexe 1, Guide d'entretien

- Quel est votre fonction au sein de l'unité ?
    - Quel est votre diplôme/formation ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous dans l'unité?
    - Combien d'années d'expérience avez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?
- Selon vous quels sont les trois principaux défis que vous pouvez rencontrer dans l'accompagnement des patients sous libération à l'essai qui consomment des substances psychotropes?
- Actuellement, comment évaluez-vous votre niveau de connaissances/compétences concernant la problématique de consommation et d'addictions de produits psychotropes ?
- Quelles compétences pensez-vous être cruciales pour traiter cette problématique d'addiction ?
- Quels outils ou méthodes utilisez-vous actuellement pour gérer cette problématique ?
- Comment ces outils ou protocoles actuellement utilisés dans l'unité vous aident-ils dans l'accompagnement des patients vivant cette problématique d'addiction ?
- En plus des outils utilisés dans l'unité, avez-vous des compétences ou outils personnels que vous utilisez dans la gestion des consommations de substances ?
    - Si oui lesquels ?
- Quels sont vos principales stratégies pour encourager les patients à partager leurs préoccupations, difficultés face à leurs addictions ?
- Quels outils ou ressources supplémentaires estimez-vous nécessaires pour renforcer vos compétences dans la gestion des addictions ?
- Pensez-vous que des formations supplémentaires seraient bénéfiques pour renforcer vos compétences face à cette problématique ?
- Identifiez-vous des barrières institutionnelles qui peuvent entraver la mise en place de bonnes pratiques dans la gestion des addictions, et la bonne utilisation de ces outils ?
- Selon vous, comment ces barrières pourraient être surmontées pour améliorer la prise en charge ?
- Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accompagnement de ces patients ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

2. Annexe 2, Questionnaire quantitatif

- Dans quel unité travaillez-vous ?
    - Hegoa
    - Ukuma

- Quel est votre fonction au sein de l'unité ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'unité ?
    - Moins d'1 an
    - 1 à 3 ans
    - 3 à 5 an
    - 5 à 10 ans
    - Plus de 10 ans

Les défis dans l'accompagnement de personnes sous libération à l'essai qui consomment des substances psychotropes :

Les éléments suivants constituent un défi dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions :

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Accompagner des patients qui sont réticents à arrêter la consommation					
Le manque de confiance des patients envers les soignants, par peur de représailles légales					
Les différentes stigmatisations associées aux patients provenant de leur passé en milieu carcéral, de leur maladie mentale et de leur situation de toxicomanie.					
La contradiction entre la législation interdisant toute consommation et la réalité du terrain					
S'assurer du respect des conditions de libération à l'essai tel que l'abstinence					

La gestion des risques liés à la consommation de substances psychotropes (interaction médicamenteuse, overdose, …)					
L'impact que peut avoir l'abus de consommation sur l'état clinique des patients					
La possible prolongation du temps d'hospitalisation liée à une consommation problématique					
Le manque de structures externes acceptant les patients ayant des assuétudes					

Les connaissances et les compétences liées à la problématique :

Comment évaluez-vous vos connaissances sur les substances psychotropes (les différentes drogues, leurs effets, …) ?
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Bonne
- Très bonne

Avoir des connaissances théoriques sur les produits psychotropes est important
- Fortement d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Vous vous sentez légitime d'aborder le sujet des addictions avec les patients qui en souffrent.
- Fortement d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Comment évaluez-vous vos compétences en matière de gestion des addictions à ces produits psychotropes ?

- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Bonne
- Très bonne

- Les compétences suivantes sont-elles importantes dans l'accompagnement des patients consommateurs :

	Pas du tout important	Peu important	Moyennement important	Important	Très important
Savoir distinguer quels sont les signes de la maladie mentale et ceux d'une consommation problématique					
Pouvoir établir une relation de confiance avec le patient					
Comprendre les motivations individuelles des patients à consommer (effet relaxant, stimulant, anti-hallucinogène, ...)					
Être dans le non-jugement					
Avoir de la patience					
Avoir de l'empathie					
Faire preuve d'écoute active					
Avoir des compétences en communication et relation d'aide					
Pouvoir prendre du recul et déstigmatiser l'usage de produits psychotropes					
Pouvoir travailler en interdisciplinarité					

Pouvoir individualiser son accompagnement					
Avoir une compréhension approfondie de la maladie mentale					

Les outils actuellement utilisés :

Les éléments suivants sont importants pour accompagner les patients souffrants d'addictions :

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les outils (PU, stops sorties, échelles)					
L'individualisation de chaque outil selon les patients					
Avoir des compétences personnelles ou une aide externe pour compléter les outils et protocoles					
L'entretien motivationnel					
Dans le contexte de l'internement, le rappel du cadre de la loi peut agir comme levier dans la gestion des consommations.					
Pouvoir diriger les patients vers des structures externes spécialisées dans l'addiction					
L'aide médicamenteuse pour diminuer les symptômes de manque					

Surmonter les défis :

Les éléments suivants peuvent permettre de surmonter les défis rencontrés :

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Une relation thérapeutique solide					
Créer un environnement non-tabou au sujet des addictions					
Pouvoir valoriser les efforts du patient et ne pas se focaliser sur les aspects négatifs.					
Avoir une ouverture morale, non-jugeante, envers les patients consommateurs					
Respecter le rythme des patients, ne pas les brusquer.					
Offrir un espace sûr et confidentiel, qui ne découle pas sur des représailles.					
L'utilisation plus importante d'un tiers tel que les AJ pour « personnifier » la loi, pour maintenir le lien de confiance					

La formation :

A quel point estimez-vous que votre formation initiale vous a préparé à traiter les problématiques liées aux addictions ?

- Très bien préparé
- Bien préparé
- Moyennement préparé
- Mal préparé

- Pas du tout préparé

Des formations spécifiques dispensées par des experts en addictologie pourraient améliorer l'accompagnement des patients
- Fortement d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Aborder ces différents points en formation serait bénéfique :

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
La théorie sur les différentes substances psychotropes et leurs effets					
La communication avec les patients souffrant d'addiction					
Les phases par lesquelles passent les personnes souffrant d'addiction					
Une mise à jour sur les nouvelles tendances en matière de drogues					
Des stratégies de prévention et de réduction des risques					
L'impact de la consommation sur la maladie mentale					

Pistes d'améliorations :

Les propositions suivantes seraient bénéfiques dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions :

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord

Une collaboration avec des experts en addiction externes					
Favoriser le partage d'expérience entre professionnels d'autres institutions pour bénéficier de différentes approches et pratiques innovantes					
Donner l'accès à des interventions extérieures telles que des conférences ou des ateliers					
Des immersions dans des structures spécialisées en addictologie					
Mise en place de séances de brainstorming en équipe pour mettre à plat les idées reçues sur la consommation et harmoniser les pratiques professionnelles					
Mise en place de groupes de parole pour favoriser l'expression des patients et leur soutien mutuel					
Mise en place d'outils psychoeducatifs tels que des ateliers sur la réduction des risques					
Simplifier les procédures institutionnelles pour faciliter la mise en place de nouveaux outils et pratiques					
Renforcer la sécurité dans l'environnement institutionnel pour limiter l'accès aux substances					
L'intégration de pairs aidants anciens consommateurs dans l'équipe					
Faire évoluer les conditions de libération à l'essai vers une obligation de prise en charge de la problématique de consommation plutôt qu'une obligation de ne pas consommer					

Les barrières à l'accompagnement :
Les éléments suivants sont des barrières à un bon accompagnement

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le manque de clarté dans le positionnement institutionnel (pas de fortes répercussions lors de l'usage de drogues) rend difficile la mise en place d'un cadre dans la gestion des consommations					
Présence trop importante de substances psychotropes dans l'enceinte de l'hôpital pouvant mettre à mal tous les efforts des patients souhaitant arrêter					
La forte hiérarchisation institutionnelle entraine des délais dans l'obtention des accords pour la mise en place de nouveaux outils pouvant entrainer une perte de spontanéité et de motivation des soignants					
Le manque de compréhension des CPS sur la réalité du terrain complexe en terme de gestion des consommations					
L'addictologie ne fait pas partie intégrante du plan de soins, il y a une trop grande séparation entre la problématique psychiatrique et celle d'addiction					
Il y a un sous-effectif important de personnel soignant pouvant mettre à mal la mise en place de nouveaux outils					

3. Annexe 3, Codebook

Unité : Dans quelle unité travaillez-vous ?

1 : Hegoa
2 : Ukuma

Fonction : Quelle est votre fonction au sein de l'unité ?

1 : Infirmier(e)
2 : Éducateur/trice
3 : Psychiatre
4 : Psychologue
5 : Criminologue
6 : Soignant
7 : Paramédicaux (ergo, logopède, kiné,…)
8 : Assistant social

Ancienneté : Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'unité ?

1 : Moins d'1 an
2 : 1 à 3 ans
3 : 3 à 5 ans
4 : 5 à 10 ans
5 : Plus de 10 ans

Les défis dans l'accompagnement des patients internés qui consomment

Les éléments suivants constituent un défi dans l'accompagnement des patients internés souffrant d'addictions :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

DAP_TOT	Défis liés à l'attitude des patients (moyenne des 2 composantes)
DAP1	L'accompagnement des patients qui sont réticents à arrêter la consommation
DAP2	Le manque de confiance des patients envers les soignants, par peur des représailles légales
DIL_TOT	Défis institutionnels et légaux (moyenne des 3 composantes)
DIL1	La contradiction entre la législation interdisant toute consommation et la réalité du terrain
DIL2	Le respect des conditions de libération à l'essai qui demandent une abstinence totale
DIL3	La position à cheval entre le légal et le soins

DIC_TOT	Défis liés à l'impact de la consommation (moyenne des 3 composantes)
DIC1	La gestion des risques liés à la consommation de substances psychotropes (interaction médicamenteuse, overdose, …)
DIC2	L'impact que peut avoir l'abus de consommation sur l'état clinique des patients
DIC3	La possible prolongation du temps d'hospitalisation liée à une consommation problématique
DRE_TOT	Défis liés au réseau externe (moyenne des 3 composantes)
DRE1	Le manque de structures externes acceptant les patients ayant des assuétudes
DRE2	Le risque de rechute/récidive lié à une consommation
DRE3	Les différentes stigmatisations associées aux patients provenant de leur passé en milieu carcéral, de leur maladie mentale et de leur situation de toxicomanie.

Les connaissances et les compétences liées à la problématique

Évaluation connaissances (EC) : Comment évaluez-vous vos connaissances sur les substances psychotropes (les différentes drogues, leurs effets,…) ?

1 : Très faible
2 : Faible
3 : Moyenne
4 : Bonne
5 : Très bonne

Connaissances théoriques (CT) : Avoir des connaissances théoriques sur les produits psychotropes est crucial.

1 : Pas du tout d'accord
2 : Pas d'accord
3 : Neutre
4 : D'accord
5 : Fortement d'accord

Légitimité : Vous vous sentez légitime d'aborder le sujet des addictions avec les patients qui en souffrent.

1 : Pas du tout d'accord
2 : Pas d'accord
3 : Neutre
4 : D'accord
5 : Fortement d'accord

Évaluation compétences (ECP) : Comment évaluez-vous vos compétences en matière de gestion des addictions à ces produits psychotropes ?

1 : Très faible
2 : Faible
3 : Moyenne
4 : Bonne
5 : Très bonne

Les compétences suivantes sont-elles importantes dans l'accompagnement des patients consommateurs ?

1 : Pas du tout important ; 2 : Peu important ; 3 : Moyennement important ; 4 : Important ; 5 : Très important

AT_TOT	Compétences relationnelles (moyenne des 7 composantes)
AT1	Établir une relation de confiance avec le patient
AT2	Être dans le non-jugement
AT3	Avoir de la patience
AT4	Avoir de l'empathie
AT5	Pratiquer de l'écoute active
AT6	Pratiquer de la relation d'aide
AT7	Pouvoir prendre du recul et déstigmatiser l'usage de produits psychotropes
AP_TOT	Compétences professionnelles (moyenne des 4 composantes)
AP1	Distinguer quels sont les signes de la maladie mentale et ceux d'une consommation
AP2	Comprendre les motivations individuelles des patients à consommer (effet relaxant, stimulant, anti-hallucinogène, ...)
AP3	Travailler en interdisciplinarité
AP4	Proposer un accompagnement individualisé

Les outils utilisés dans la gestion des addictions :

Les éléments suivants sont importants pour accompagner les patients souffrants d'addictions :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

OSP_TOT	Outils de suivi et prévention (moyenne des 3 composantes)
OSP1	Les outils d'objectivation de consommation (PU, echelles)
OSP2	Les outils de mise à distance du produits (stops sorties)
OSP3	Le rappel à la loi
OT_TOT	Outils thérapeutiques (moyenne des 3 composantes)
OT1	L'entretien motivationnel
OT2	Diriger les patients vers des structures externes spécialisées dans l'addiction
OT3	L'aide médicamenteuse pour diminuer les symptômes de manque
CO_TOT	Compléments aux outils (moyenne des 2 composantes)
CO1	L'ajout de compétences personnelles ou d'une aide externe pour compléter les outils et protocoles
CO2	L'individualisation de chaque outils selon les patients

Les stratégies pour surmonter les défis rencontrés :

Les éléments suivants peuvent permettre de surmonter les défis rencontrés :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

SR_TOT	Stratégie relationnelle (moyenne des 4 composantes)
SR1	Une relation thérapeutique solide
SR2	Respecter le rythme des patients
SR3	Avoir une ouverture morale, non-jugeant, envers les patients consommateurs
SR4	Valoriser les efforts et les réussites des patients

ST_TOT	Stratégie de transparence (moyenne des 3 composantes)
ST1	Offrir un espace sûr et confidentiel qui ne découle pas sur des représailles
ST2	Utiliser les tiers tel que les AJ pour « personnifier » la loi, pour maintenir un lien de confiance
ST3	Créer un environnement non-tabou au sujet des addictions

Le besoin en formation :

Formation initiale (FI) : À quel point estimez-vous que votre formation initiale vous a préparé à traiter les problématiques liées aux addictions ?

1 : Pas du tout préparé
2 : Mal préparé
3 : Moyennement préparé
4 : Bien préparé
5 : Très bien préparé

Formations spécifiques (FS) : Des formations spécifiques dispensées par des experts en addictologie pourraient améliorer l'accompagnement des patients ?

1 : Pas du tout d'accord
2 : Pas d'accord
3 : Neutre
4 : D'accord
5 : Fortement d'accord

Aborder ces différents points en formation serait bénéfique :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

CT_TOT	Connaissances théoriques (moyenne des 3 composantes)
CT1	La théorie sur les différentes substances psychotropes et leurs effets
CT2	Les phases par lesquelles passent les personnes souffrants d'addictions
CT3	Une mise à jour sur les nouvelles tendances en matière de drogues
AC_TOT	Gestion clinique (moyenne des 3 composantes)
AC1	La communication avec les patients souffrant d'addiction

AC2	Des stratégie de prévention et de réduction des risques
AC3	L'impact de la consommation sur la maladie mentale

Les barrières à la mise en place de bonnes pratiques :

Les éléments suivants sont des barrières à un bon accompagnement :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

BI_TOT	Barrière institutionnelles (moyenne des 3 composantes)
BI1	Le manque de clarté dans le positionnement institutionnel (pas de fortes répercussions lors de l'usage de drogues) rend difficile la mise en place d'un cadre dans la gestion des consommations
BI2	La forte hiérarchisation institutionnelle entraine des délais dans l'obtention des accords pour la mise en place de nouveaux outils pouvant entrainer une perte de spontanéité et de motivation des soignants
BI3	Présence trop importante de substances psychotropes dans l'enceinte de l'hôpital pouvant mettre à mal tous les efforts des patients souhaitant arrêter
BO_TOT	Barrières organisationnelles (moyenne des 3 composantes)
BO1	Le manque de compréhension des CPS sur la réalité du terrain complexe en terme de gestion des consommations
BO2	L'addictologie ne fait pas partie intégrante du plan de soins, il y a une trop grande séparation entre la problématique psychiatrique et celle d'addiction
BO3	Il y a un sous-effectif important de personnel soignant pouvant mettre à mal la mise en place de nouveaux outils

Les propositions d'améliorations :

Les propositions suivantes seraient bénéfiques dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions :

1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Pas d'accord ; 3 : Neutre ; 4 : D'accord ; 5 : Fortement d'accord

CE_TOT	Collaboration externe (moyenne des 4 composantes)

CE1	Développer une collaboration externe avec des experts en addiction
CE2	Favoriser le partage d'expérience entre professionnels d'autres institutions pour bénéficier de différentes approches et pratiques innovantes
CE3	Donner l'accès à des ressources extérieures telles que des conférences ou des ateliers
CE4	Réaliser des immersions dans des structures spécialisées en addictologie
OTh_TOT	Outils thérapeutiques (moyenne des 3 composantes)
OTh1	Mettre en place des groupes de parole pour favoriser l'expression des patients et leur soutien mutuel
OTh2	Mettre en place des outils psychoéducatifs tels que des ateliers sur la réduction des risques
OTh3	L'intégration de pairs aidants anciens consommateurs dans l'équipe
AIO_TOT	Améliorations institutionnelles et organisationnelles (moyenne des 4 composantes)
AIO1	Renforcer la sécurité dans l'environnement institutionnel pour limiter l'accès aux substances
AIO2	Mettre en place des séances de brainstorming en équipe pour mettre à plat les idées reçues consommation et harmoniser les pratiques professionnelles
AIO3	Simplifier les procédures institutionnelles pour faciliter la mise en place de nouveaux outils et pratiques
AIO4	Faire évoluer les conditions de libération à l'essai vers une obligation de la problématique de consommation plutôt qu'une obligation de ne pas consommer

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**