

VARIA

Mme Emmanuelle C. P. Gira*

* Le Trait d'Union, 154, rue du Vieux Pont de Sèvres, F-92100 Boulogne-Billancourt. E-Mail : emmagira@yahoo.com

Reçu et accepté janvier 2006

Prise en charge des addictions aux États-Unis

Le guide de l'*American Society of Addiction Medicine*

Résumé

L'une des missions de l'*American Society of Addiction Medicine* est d'améliorer le traitement des addictions. Dans cette perspective, elle met à la disposition des professionnels un manuel, reconnu au niveau national, proposant des critères de placement des patients pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances. Ce manuel décrit le traitement comme un continuum de services marqué par cinq niveaux de soins gradués en intensité, depuis la prévention jusqu'au centre thérapeutique résidentiel. Il répartit ensuite les critères de placement dans ces niveaux en six dimensions qui prennent en compte les différents facteurs impliqués dans les phénomènes d'abus et de dépendance. Ce système peut d'abord sembler générer plus de lourdeur administrative que de bénéfices thérapeutiques, ce qui peut arriver s'il est mal utilisé. Cependant, sa bonne utilisation peut se révéler un outil précieux pour le clinicien comme pour le patient. Par ailleurs, il peut favoriser quatre changements dans le traitement des addictions : 1) une évaluation multidimensionnelle des problèmes, 2) un traitement basé sur un raisonnement clinique et une connaissance théorique solide régulièrement renouvelée par la recherche, 3) une durée de traitement variable qui répond à l'aspect dynamique du phénomène de dépendance, et 4) un continuum de services qui assure un traitement plus flexible et plus réactif.

Mots-clés

Alcool – Substances psychoactives – Abus – Mésusage – Dépendance – Addiction – Traitement – États-Unis.

L'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) fait partie de l'*American Medical Association* (AMA). Sa mission est d'améliorer le traitement des addictions, d'éduquer le milieu médical ainsi que le public à ce sujet, et de pro-

Summary

Taking care of addictions in the United States. The *American Society of Addiction Medicine* manual

One of the roles of the *American Society of Addiction Medicine* is to improve the treatment of addictions. With this objective in mind, it provides healthcare professionals with a nationally recognized manual, proposing criteria for placement of patients for the treatment of substance use disorders. This manual describes treatment as a continuum of services comprising five levels of intensity of care, from prevention to inpatient treatment centres. It then classifies placement criteria according to these levels in six dimensions, taking into account the various factors involved in abuse and dependence phenomena. At first sight, this system may appear to generate more administrative complexity than therapeutic benefit, which can be the case when it is not used correctly. However, correct use of this model can constitute a precious tool for the clinician and for the patient. It can also promote four changes in the treatment of addictions: 1) multidimensional evaluation of problems, 2) treatment based on a rational clinical approach and sound theoretical knowledge regularly updated by research, 3) variable duration of treatment according to the dynamic aspects of dependence phenomena, and 4) a continuum of services, ensuring more flexible and more reactive treatment.

Key words

Alcohol – Substance abuse – Substance use disorders – Substance dependency – Addiction – Treatment – USA.

mouvoir la recherche et la prévention en addictologie (1). Elle met à la disposition des professionnels de l'addictologie un manuel proposant des critères de placement des patients pour le traitement des troubles liés à la consom-

mation de substances. L'ASAM a publié sa première version en 1991. Depuis, elle en a publié une seconde en 1996 puis la deuxième version révisée en 2001 : *Patient placement criteria – 2 revised* (PPC-2R). Cet outil, reconnu au niveau national, est proposé comme guide pour les centres de soins. Il est utilisé, par l'État d'Illinois par exemple, pour la régulation et l'audit des services de traitements d'abus et de dépendances, dans les centres financés par les fonds publics.

Dans la préface de la dernière version (2), l'ASAM explique que le but de l'élaboration et de la publication de ces critères de placement a toujours été de créer un mouvement chez les professionnels de l'addictologie qui favorise quatre changements dans le traitement des addictions :

. Le premier est de passer d'une évaluation unidimensionnelle des problèmes à une évaluation multidimensionnelle. Favoriser ce premier changement correspond à la volonté de mettre en pratique ce qui semble devenir de plus en plus évident au niveau théorique : le problème de la dépendance est *“la conjonction de [...] nombreux facteurs”* (3), ou comme le précisent Morel et al. (4), *“les interférences mutuelles entre cofacteurs biologiques, psychiques et sociaux font de la toxicomanie un phénomène entièrement dynamique”*. Ils ajoutent d'ailleurs que *“Cette transdisciplinarité – qui définit selon nous l'addictologie – ne saurait rester une démarche universitaire et théorique, elle doit s'inscrire dans la pratique institutionnelle et clinique”*.

. Le deuxième changement est de proposer un traitement qui soit basé sur un raisonnement clinique plutôt que sur une idéologie ou une philosophie qui serait propre au programme et au centre auquel le patient se serait adressé. Il s'agit de favoriser un traitement qui s'appuie sur une base théorique solide et renouvelée en permanence par la connaissance des recherches en addictologie, pour éviter les dérives programmatiques qui se sont produites dans plusieurs centres et tout au long de l'histoire du traitement de l'addictologie, du moins aux États-Unis.

. Le troisième changement est de pouvoir offrir une durée de traitement qui soit variable plutôt que prédéterminée et fixe, ce qui rendrait le traitement plus individualisé, plus flexible et capable de répondre davantage à l'aspect dynamique du phénomène de dépendance.

. Le dernier changement est d'avoir à disposition un continuum de services plutôt qu'un nombre limité de traitements séparés et sans passerelle. Le continuum de services permet ainsi de proposer au patient un traitement plus flexible et plus réactif, et il essaie d'éliminer le plus possible les failles dans lesquelles les patients peuvent parfois tomber lorsqu'un service est trop rigide et ne peut pas proposer de modalité qui réponde à sa situation individuelle.

Cinq niveaux de traitement

Le PPC-2R décrit le traitement de l'abus et de la dépendance comme un continuum de services marqué par cinq niveaux de soins. Le PPC-2R met à disposition une nomenclature qui décrit ces différents niveaux.

• Niveau 0.5

Il représente les interventions de nature préventive pour les patients qui présentent un risque de développer un problème d'abus ou de dépendance, ou pour ceux qui en souffrent probablement déjà mais qui n'ont pas donné suffisamment d'information au moment de l'évaluation pour qu'un tel diagnostic soit posé. Ce niveau est généralement utilisé pour les patients qui entrent dans ces critères et qui ont une injonction thérapeutique, laquelle est souvent automatique aux États-Unis après une arrestation pour conduite sous l'influence d'une substance. Le traitement de niveau 0,5 est généralement un groupe de nature éducative.

• Niveau I

Il correspond au traitement ambulatoire avec une intensité de traitement qui est souvent de dix heures par semaine au maximum, et qui comprend des sessions de thérapie individuelle et des groupes thérapeutiques ou/et éducatifs. L'intensité du traitement est très variable, et ce niveau de traitement offre beaucoup de flexibilité au clinicien qui peut y placer un patient qui a besoin de soins moins intensifs ou un patient qui aurait besoin de soins plus intensifs mais qui n'est pas prêt à s'y investir.

• Niveau II

Il correspond au traitement ambulatoire intensif ou centre de jour, avec souvent un minimum de 11 heures de traitement par semaine.

• Niveau III

Il représente les programmes de traitement résidentiel, de plus ou moins longue durée (certains d'un mois environ, d'autres de trois mois à un an ou deux), avec souvent un traitement d'un minimum de 25 heures par semaine, mais qui inclut aussi les programmes de transition qui sont généralement effectués après un passage en programme résidentiel à proprement parler. En transition, le patient est toujours logé en résidentiel, mais le traitement est centré autour de la recherche et de l'obtention d'un emploi, puis de l'accompagnement pour favoriser la transition avec le monde du travail.

- **Niveau IV**

Ce dernier niveau correspond aux programmes résidentiels où sont prises en charge les personnes présentant également des problématiques médicales lourdes nécessitant des soins intensifs.

Les six dimensions de l'évaluation du patient

Les critères de placement dans les différents niveaux des soins ainsi définis ont été répartis en six dimensions qui prennent en compte les différents facteurs impliqués dans les phénomènes d'abus et de dépendance à une substance. Chaque dimension évalue le niveau de soin approprié au patient, compte tenu des facteurs décrits par la dimension en question. Le PPC-2R met à disposition un tableau qui décrit dans chaque dimension, les critères généraux qui justifient chaque niveau de soins.

Quelles sont les six dimensions ?

- **Dimension 1**

Elle décrit tout ce qui touche à la nature de la consommation du patient et à la nécessité qu'il soit pris en charge médicalement pour aider au sevrage ou pour un traitement de substitution.

- **Dimension 2**

Elle décrit la condition physique du patient. On y inclut tous les problèmes physiques (exception faite des symptômes de sevrage qui sont couverts par la dimension 1) ou facteurs physiques qui doivent être pris en compte, ainsi que les médicaments utilisés par le patient qui ne relèvent pas de la psychiatrie. C'est ici que doit être indiqué par exemple si le patient n'a pas vu un médecin depuis longtemps et pourrait bénéficier d'une visite générale, ou, si c'est une patiente, si elle est enceinte et si elle voit quelqu'un pour les soins prénataux.

- **Dimension 3**

Elle décrit les troubles émotionnels et comportementaux que peut présenter le patient. C'est ici que s'inscrivent les antécédents psychiatriques : hospitalisations, tentatives de suicide, diagnostics, identification des psychiatres ou centres psychiatriques impliqués dans les soins du patient, traitement psychotrope. On y inscrit aussi l'histoire psychosociale et familiale du patient, les traumatismes subis par le patient (violence conjugale ou familiale, abus

sexuels, addiction dans la famille, histoire relationnelle) et les comportements violents ou délinquants. La dimension 3 décrit enfin la stabilité et l'état émotionnels du patient, ainsi que sa capacité à l'exprimer : par exemple, sentiments de dépression, de colère, d'anxiété et autres, ou au contraire, absence de sentiments, affect plat.

- **Dimension 4**

Elle décrit la situation du patient dans la dynamique d'un changement par rapport à son addiction. Dans la dernière version du manuel, cette dimension se réfère désormais aux stades du modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClementi (5) : la précontemplation du problème, la contemplation, la préparation, l'action et la consolidation. Elles sont un bon guide pour évaluer la situation du patient dans la démarche du traitement, son ambivalence par rapport au changement, sa motivation de s'impliquer dans les soins. C'est ici que sont pris en compte les motifs de la demande de traitement par le patient : s'agit-il d'une injonction thérapeutique, du résultat de pressions familiales, de la peur de mourir du patient ? On y inscrit également l'histoire judiciaire, ainsi que le degré d'implication du patient dans son traitement : vient-il régulièrement à ses sessions ; suit-il son traitement ; semble-t-il méfiant et assez renfermé sur lui-même, donnant peu d'information au clinicien et à l'équipe soignante ; a-t-il des initiatives dans la démarche de changement ?

- **Dimension 5**

Elle décrit le niveau de risque de rechute du patient et l'état des connaissances qu'il présente quant à la nature et la dynamique de son problème de dépendance, et aux mécanismes de prévention de la rechute. Elle décrit aussi combien le patient semble avoir intégré les outils de prévention de la rechute dans ses problèmes quotidiens ou dans ses situations de crise.

- **Dimension 6**

Elle décrit l'environnement dans lequel le patient évolue. Il s'agit de son environnement physique (son quartier, logement) autant que de son environnement social (notamment présence d'un réseau de soutien dans son effort de changement). Elle décrit également la situation financière, la qualité de sa gestion du temps au quotidien. Par exemple, s'il est au chômage, comment structure-t-il sa journée et organise-t-il sa recherche d'emploi ? Ou, si le patient a un emploi, comment semble-t-il équilibrer son temps entre travail, loisirs et vie relationnelle ? La dimension 6 décrit enfin son contact avec les organismes sociaux qui peuvent l'aider, notamment au niveau financier, et l'accès aux transports (qui peut être un grand facteur d'isolement).

Comment les six dimensions servent-elles de guide ?

Une fois le traitement décidé et mis en place, le patient débute avec un clinicien primaire qui le suit en individuel et qui évalue régulièrement sa progression au cours de la thérapie, pour continuer de proposer un traitement dont l'intensité et la direction soient adaptées à sa situation. Celle-ci dépend de nombreux facteurs, mais on peut être facilement tenté de ne regarder qu'un aspect d'un problème, surtout lorsque le patient décrit une crise qui se déroule au niveau d'un aspect de sa vie, ce qui, d'après notre expérience, se produit souvent. Il est alors important que le clinicien, tout en écoutant attentivement la personne et en validant son expérience, remplisse un rôle de mise en perspective et l'aide à envisager une gestion globale de sa situation. Morel *et al.* (4) rappellent à plusieurs reprises que traiter les problèmes de toxicomanie – et on peut l'élargir aux problèmes des dépendances à l'alcool et aux médicaments –, c'est traiter un rapport au monde. Apprendre à regarder tous les aspects du problème et à voir comment les différents aspects de sa vie interagissent fait partie de cet apprentissage d'un nouveau rapport au monde.

Les six dimensions proposées sont donc d'une grande aide pour le clinicien afin qu'il n'oublie pas de regarder le tableau global de la situation. Elles favorisent ainsi une prise en charge qui tient compte du plus de facteurs possibles impliqués dans le problème de dépendance du patient, ainsi que dans ses efforts de changement. Si cet outil est utilisé en collaboration avec le patient, il est aussi excellent pour aider ce dernier à modifier sa manière de penser ses rapports au monde en élargissant sa vision et en recentrant ses pensées sur une dynamique différente de celle de la dépendance.

Au *Prairie Center*, en Illinois, où les programmes sont en majorité financés par les fonds publics, l'État utilise le PPC-2R de l'ASAM pour organiser la mise en place des services et leur documentation. Il requiert que, pour chaque niveau de traitement, chaque patient soit évalué lors de sa session de thérapie individuelle dans ces six dimensions. L'État impose également la fréquence de ces évaluations en fonction du niveau de soin. Par exemple en niveau III, le patient doit être ainsi évalué au moins une fois tous les 15 jours, en niveau II au moins une fois par mois et en niveau I, au moins une fois tous les deux mois. De plus, chaque centre peut demander à ses cliniciens une fréquence d'évaluation plus élevée pour assurer la qualité du service. Par exemple, une fois par semaine au moins en niveau III.

L'État requiert également qu'à chaque évaluation, le clinicien réactualise le projet thérapeutique par écrit et l'élabore en collaboration avec le patient, ce qui est documenté par la signature du patient au bas de chacun des projets mis par écrit. Dans le projet thérapeutique, doivent figurer les problèmes identifiés dans chaque dimension et un but doit être défini pour chaque problème ainsi que les tâches à accomplir par le patient et/ou le clinicien pour aider le patient à accomplir les buts formulés. Une copie du projet doit être remise au patient. Cela permet de concrétiser cette prise en charge globale pour qu'elle n'en reste pas à la théorie, mais fasse plutôt partie intégrante de la démarche thérapeutique.

Dans la pratique, les centres intègrent ce système de différentes manières. Dans notre centre, l'évaluation dans ces six dimensions constituait le cadre du rapport de chaque session de thérapie individuelle. Le projet thérapeutique était quant à lui un outil très important de la démarche thérapeutique entreprise par le patient et le clinicien. Il reflétait l'adaptation individuelle de chaque traitement aux besoins et aux souhaits du patient. Il était également discuté en équipe régulièrement.

Discussion et conclusion

De prime abord, ce système peut sembler trop formaliste et générer plus de papiers et de lourdeurs administratives que de bénéfices thérapeutiques. Cela peut en effet arriver s'il est mal utilisé et mal maîtrisé. Cependant, notre expérience nous a permis de voir combien la bonne utilisation de ce système d'évaluation pouvait être bénéfique. En effet, si le clinicien l'exploite de manière constructive, en l'intégrant dans la thérapie comme un outil pour construire un cadre et une direction de travail avec le patient, les bénéfices peuvent être importants aussi bien pour le clinicien que pour le patient.

La mise en pratique de ce système permet effectivement de construire dans un même centre un continuum de services qui peuvent répondre à de nombreux types de problèmes et les suivre dans leur évolution. Comme le rappellent Morel *et al.* (4), il existe de multiples types de problèmes qui vont des conduites à risque jusqu'aux problèmes de dépendance, en passant par des usages nocifs de substances. Ce système de critères permet au patient d'être évalué non seulement au niveau du diagnostic, mais aussi au niveau de l'intensité et du contenu du traitement qui lui serait le plus bénéfique. Par ailleurs, si un patient commence par un traitement d'intensité assez faible – parce qu'au départ, cela semblait

plus adapté d'après les informations fournies – et que, par la suite, il s'avère que le patient souffre d'un problème plus sévère, le système permet d'adapter le traitement dans la continuité et cela rapidement.

De même, lorsqu'il s'agit de traiter un patient qui souffre d'un problème de dépendance, ce système offre un continuum de services qui le suit dans la continuité et peut faire varier l'intensité du traitement de manière flexible et rapide. Ce système aide également le clinicien et l'équipe soignante à garder à l'esprit et à prendre en compte le plus de facteurs possibles. De la même manière que de nombreux facteurs entrent en jeu dans les dynamiques de la dépendance, de nombreux facteurs aident ou rendent le changement plus ou moins difficile. Il est donc important d'avoir à sa disposition un système réactif : comme l'écrivent Morel *et al.* (4), "la conception clinique de la toxicomanie doit [...] être interactive, dynamique et intégrative".

Ce système favorise aussi la prise en compte du niveau de motivation du patient et son implication dans le traitement, lesquels sont au cœur de l'élaboration du projet thérapeutique. Le fruit peut en être une plus grande efficacité, car le traitement rencontre le patient là où il est et il peut favoriser une plus grande responsabilisation de ce patient, ainsi que son apprentissage de l'autonomie puisque, dans l'idéal, celui-ci relit l'évaluation avec le clinicien et collabore à la construction du projet thérapeutique.

Enfin, lorsque l'État utilise ce système pour réguler les centres financés par les fonds publics, cela oblige les cliniciens non seulement à s'informer de la recherche, mais aussi à la prendre en compte et à faire évoluer leur pratique. ■

E.C.P. Gira

Prise en charge des addictions aux États-Unis.

Le guide de l'American Society of Addiction Medicine

Alcoologie et Addictologie 2006 ; 28 (1) : 59-63

Références bibliographiques

1 - American Society in Addiction Medicine. What ASAM does. 2005 (<http://www.asam.org/About.htm>).

2 - American Society in Addiction Medicine. ASAM patient placement criteria, second edition-revised, Preface. Chevy Chase : ASAM, 2001.

3 - Lowenstein W. Ces dépendances qui nous gouvernent. Comment s'en libérer ? Avec la collaboration de Rouch D. Paris : Calmann-Lévy, 2005.

4 - Morel A , Hervé F , Fontaine B. Soigner les toxicomanes. 2nde édition. Paris : Dunod, 2003.

5 - Prochaska JO, DiClementi CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy* 1982 ; 19 : 276-288.