



HAL
open science

Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats

Isabelle Boulze-Launay, Alain Rigaud, Bernad Basset, Francois Paille

► **To cite this version:**

Isabelle Boulze-Launay, Alain Rigaud, Bernad Basset, Francois Paille. Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats. *Revue Alcoologie et Addictologie*, 2024, 44 (1), pp.7-26. <hal-04778988>

HAL Id: hal-04778988

<https://univ-montpellier3-paul-valery.hal.science/hal-04778988v1>

Submitted on 24 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

RECHERCHE

Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats

Boulze-Launay Isabelle^{1,2}, Rigaud Alain², Basset Bernard², Paille François³

1. Laboratoire de psychologie, Epsilon, EA 4556 Rue du Pr. Henri Serre, 34000 Montpellier

2. Association Addictions France

3. Fédération Française d'addictologie

* Correspondance : Pr Isabelle Boulze-Launay, Laboratoire de Psychologie, Epsilon, EA 4556, rue du Pr. Henri Serre, 34000 Montpellier, isabelle.launay1@univ-montp3.fr

Résumé : La Fédération Française d'Addictologie (FFA) et Addictions France ont eu pour objectif de recenser les différentes psychothérapies et autres méthodes à visée thérapeutique (dites interventions non médicamenteuses), en procédant à l'identification des conditions de leur mise en œuvre par les acteurs du soin, de la prévention et les mouvements d'entraide. Nous avons aussi souhaité connaître les besoins de formation en lien avec les psychothérapies et les autres interventions non médicamenteuses. Une enquête en ligne a été diffusée d'octobre 2019 à décembre 2019 aux 19 associations membres de la FFA. Au total 447 personnes ont répondu à cette enquête. Cette enquête comprenait 10 rubriques : lieu principal d'exercice, formations initiales, description et fréquence des différentes psychothérapies et interventions non médicamenteuses, prises en charge individuelles, prises en charge de groupe, prises en charge de l'entourage, orientation des patients, supervision des pratiques, demandes de formation continue et la dernière rubrique ouverte portait sur les remarques sur l'enquête. L'analyse des résultats montre que les psychothérapies et les autres interventions non médicamenteuses sont très largement employées en addictologie mais que leurs fondements théoriques et conceptuels sont peu connus ou peu significatifs pour les répondants. Les supervisions des équipes sont devenues très rares et les formations proposées correspondent mal aux attentes des participants. Il reste à soutenir l'intérêt de ces approches en trouvant les meilleurs moyens de les intégrer et d'évaluer leur impact dans le cadre des parcours de soin.

Mots-clés : Psychothérapie, Intervention non médicamenteuse, addictologie

Abstract: The French Federation of Addictology (FFA) and Addictions France aimed to catalog the various psychotherapies and other therapeutic methods (referred to as non-medication-based interventions) by identifying the conditions for their implementation by healthcare providers, prevention professionals, and support groups. We also sought to understand the training needs related to psychotherapies and other non-medication-based interventions. An online survey was conducted from October 2019 to December 2019 among the 19 member associations of the FFA. A total of 447 individuals responded to this survey. The survey included 10 sections: primary place of practice, initial training, description and frequency of various psychotherapies and non-medication-based interventions, individual care, group care, care for family members, patient referral, supervision of practices, continuing education needs, and an open section for comments on the survey. The analysis of the results shows that psychotherapies and other non-medication-based interventions are widely used in addictology, but their theoretical and conceptual foundations are little known or insignificant to the respondents. Supervision of teams has become very rare, and the training offered does not meet the participants' expectations. It remains essential to support the interest in these approaches by finding the best ways to integrate and evaluate their impact within care pathways.

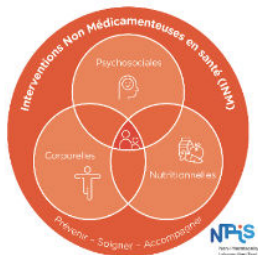
Mots-clés : Psychotherapy; Non-Medication-Based Intervention; Addictology

1. Introduction

La Fédération Française d'Addictologie (FFA) et l'Association Addictions France ont souhaité procéder à un inventaire des psychothérapies (au sens de psychothérapies pratiquées par les médecins et/ou les psychologues) et plus largement des méthodes dites non médicamenteuses actuellement utilisées dans les structures addictologiques en France. Selon Ninot (1), président de l'association N-PIS (Non-Pharmacological Intervention Society), une intervention non médicamenteuse (INM) « est une pratique de prévention santé ou de soin » (DEFINITION – NON PHARMACOLOGICAL INTERVENTION SOCIETY (npisociety.org))

Définition des INM 2023

Méthode de santé référencée, efficace, non invasive, personnalisée et encadrée par un(e) professionnel(le) qualifié(e)



Une INM est une pratique de prévention santé ou de soin

- Décrite (référéncée)
- Expliquée (mécanismes d'action)
- Etayée (étude bénéfiques/risques publiée)
- Administrée par un(e) praticien(ne) qualifié(e)
- Personnalisée (cadrée et ajustée au contexte)
- Intégrée dans un parcours individuel (tracée)

Une INM n'est pas...

- Un produit ou un service culturel
- Un produit ou un service de consommation courante
- Un produit de santé ou un dispositif médical
- Une action de promotion de santé publique
- Une organisation de soin
- Un aménagement environnemental
- Une approche, une philosophie, un mode de vie

Figure 1: Définition des INM par l'association N-PIS en 2023

Nous avons réalisé une enquête sur l'utilisation des psychothérapies et des autres INM pour préciser quels professionnels (soignants comme membre d'un mouvement d'entraide) pratiquent quelles méthodes. De septembre 2018 à septembre 2019, nous avons procédé à la construction de l'enquête en groupe de travail (groupe de travail sur les Psychothérapies de la Fédération Française d'Alcoologie), puis d'octobre à décembre 2019, l'enquête a été mise en ligne. L'ensemble de cette approche méthodologique a fait l'objet d'une publication (2).

Il est aussi important d'ajouter que parallèlement à cette démarche la FFA a procédé à la rédaction d'un « Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie » (3). Ce document de synthèse expose les principales psychothérapies et méthodes psychothérapiques pour les clarifier dans le but d'une optimisation des pratiques. Avec ce guide pour les patients, il s'agit d'améliorer la qualité des soins. Pour les professionnels, ce guide les soutient ou propose de les aider dans d'amélioration de leurs pratiques. Et enfin, dans le cadre de la recherche, ce guide précise les modes d'évaluation de ces méthodes (approches quantitatives ou qualitatives en fonction de la littérature scientifique).

Nous présentons ici les résultats de l'enquête sur les psychothérapies et les autres INM.

2. Méthode

En 2019, La FFA a construit une enquête en ligne qui a été adressée aux 19 associations (2) adhérentes (en 2023 la FFA compte 23 associations adhérentes) avec une anonymisation et une sécurisation des données.

Les deux premières rubriques (lieu principal d'exercice et formation professionnelle) permettaient de décrire les répondants. Les cinq rubriques suivantes décrivaient la pratique clinique des professionnels (prises en charge individuelles, de groupe ou auprès de l'entourage), le recours aux psychothérapies et aux autres INM, l'origine de l'orientation d'un patient vers une psychothérapie ou une autre INM. Les trois dernières rubriques portaient sur les connaissances théoriques et les formations (courant théorique,

supervision de pratiques, demande de formation continue). La dernière rubrique permettait de recueillir des informations qualitatives (réponses ouvertes) sur la nature des freins éventuels à l'utilisation des psychothérapies et aux autres INM.

Comme chaque participant renseigne les rubriques qui le concernent (catégorie professionnelle, type de prise en charge, modèle théorique), le nombre de répondants peut varier dans une même rubrique d'une question à l'autre. De plus, les répondants n'ont pas toujours renseigné la totalité des questions de l'enquête. Les résultats sont traités à partir d'analyses statistiques descriptives, le contenu thématique des réponses ouvertes (verbatim) a été traité à l'aide du logiciel NVivo 12 (4).

2.1. Présentation de la population des répondants

Au total, 447 personnes ont répondu à l'enquête dont 28 personnes appartenant à des mouvements d'entraide. Les niveaux de répondant ont été très variables selon les associations adhérentes de la FFA (entre 0 et 196 répondants). A noter que 22 répondants (soit 4,9 %) n'ont pas renseigné leur association d'appartenance (3).

Au niveau de la répartition des répondants, il y a environ 2/3 de femmes (328 femmes soit 73,54 %) pour 1/3 d'hommes (118 hommes soit 26,46 %), une personne n'a pas renseigné cette rubrique. Le portrait-type des répondants était une femme de 46 ans avec 13 ans de pratique en addictologie. Cette répartition usuelle et le nombre d'années d'expérience montrent que l'enquête a mobilisé des soignants qui avaient déjà une expérience confirmée en addictologie. Le tableau 1 décrit la répartition des répondants par catégories professionnelles.

Catégories professionnelle	Tableau	%
Médecins (51 médecins généralistes et 28 psychiatres...)	121	27
Psychologues	108	24
Infirmiers et 5 Infirmiers de pratique avancée	65	14,6
Educateurs - Educateurs sportifs	32	7,3
Bénévoles (membre d'un mouvement d'entraide)	28	6,3
Assistants sociaux	15	3,4
Conseillers en économie sociale et familiale	7	1,6
Diététiciennes	6	1,3
Ergothérapeutes	1	0,2
Aides-soignantes	1	0,2
Autres (28 réponses) / absence de réponse (35)	63	14,1
Total	447	100

Tableau 1 : Répartition de la population par catégories professionnelles en nombre et en pourcentage



Les médecins (27 %) et les psychologues (24 %) sont les catégories qui ont le plus répondu à cette enquête (51 % des répondants). Parmi les autres professionnels viennent les infirmiers (14,6 %) et les éducateurs ou éducateurs sportifs (7,3 %). Les bénévoles représentent 6,3 % de participants à l'enquête. Le questionnaire n'est peut-être pas parvenu à tous les acteurs de la prévention et du soin, ou ces mêmes acteurs non médecins et non psychologues ne se sont pas peut-être pas sentis concernés par ces pratiques.

3. Résultats

3.1. Description de la pratique clinique

3.1.1. Description des prises en charge individuelles, en groupe, avec et auprès de l'entourage, et orientation des patients

Sur les 447 répondants, 411 (91,2 %) affirment réaliser des consultations individuelles d'une durée moyenne de 30' à 45'. Ces consultations occupent 71 % de leur activité (estimation basée sur le dernier mois d'activité).

Sur 440 répondants (7 absences de réponses), 281 (64 %) animent des groupes de parole dont la durée est majoritairement d'1h30. La prise en charge de groupe est proposée au moins une fois par semaine. En termes de temps passé à cette activité, il est en moyenne de 17,4 % du temps de travail (estimation sur le dernier mois d'activité). On constate que 159 personnes (36 %) n'ont pas recours à cette méthode.

Sur 442 répondants (5 absences de réponse), 255 personnes (58 %) proposent une prise en charge auprès et/ou avec l'entourage, contre 187 personnes (42 %) qui ne se réfèrent pas à cette activité. Le temps de consultation est alors d'1h45 en moyenne. Les prises en charge sont ponctuelles (43,4 % des répondants rencontrent l'entourage moins d'une fois par mois dans leur activité) ou espacées (32 % des répondants ont des rencontres avec l'entourage tous les mois). Les rencontres régulières avec l'entourage sont plus rares mais concernent tout de même près d'1/4 des professionnels (24,6 %).

3.1.2. Description et fréquence des différentes psychothérapies et des autres interventions non médicamenteuses

Parmi les 447 personnes qui ont répondu, 8 professionnels sur 10 (79,4 %) déclarent pratiquer régulièrement une, plus rarement deux psychothérapie(s) et/ou des INM. Il s'agit majoritairement de médecins, de psychologues, d'infirmiers, de bénévoles et d'éducateurs. Le tableau 2 décrit les principales psychothérapies ou INM employées.

Il n'y a pas de techniques ou de psychothérapies qui prévalent. Quatre approches sont cependant privilégiées : le groupe de parole (13 %), les techniques motivationnelles (12,2 %), les interventions brèves (12 %) et la relation d'aide (10,4 %).

De plus, pour les autres méthodes psychothérapies mentionnées, les thérapies cognitivo-comportementales (7,3 %), la psycho-éducation ou l'éducation thérapeutique (6,5 %), les thérapies psychodynamiques, les approches psychodynamiques brèves (8,3 %) ou encore les thérapies familiales et systémiques, plusieurs remarques s'imposent. Pour les approches référées à des théories (les thérapies cognitivo-comportementales et les approches psychodynamiques), elles peuvent aussi être pratiquées en complément et/ou dans le cadre des méthodes précédemment citées (entretien individuel, groupe). Pour les approches familiales et systémiques (5 %), leur fréquence d'utilisation est plus restreinte.

Types de psychothérapies ou d'INM	Total	%
Groupe de parole	50	13
Techniques motivationnelles	47	12,2
Interventions brèves	46	12
Relation d'aide – counseling	40	10,4
Thérapies comportementales et cognitives	28	7,3
Psycho-éducation / Education thérapeutique	25	6,5
Thérapie psychodynamique – approche brève psychodynamique	32	8,3
Thérapie familiale – Systémie	19	5
Autres	97	25,3
Total	384	100

Tableau 2 : Principales psychothérapies ou autres INM employées

Le dernier point du tableau 2 qui mérite attention tient aux 25 % de psychothérapies ou autres INM mentionnées qui ne peuvent être regroupées dans les grandes catégories précédemment évoquées. Les réponses sont très diverses, allant des thérapies basées sur la pleine conscience, l'hypnose ou l'EMDR à l'art thérapie et aux thérapies à médiation. Peuvent aussi être mentionnées des techniques beaucoup moins connues ou très peu utilisées comme l'ostéopathie crânienne et structurelle, le brainspotting, la luminothérapie, les pilates, la gymnastique sensorielle, le yoga, l'équithérapie... Ces méthodes très diverses restent moins pratiquées ou marginales bien qu'elles puissent avoir leur intérêt dans certaines situations.

Lorsque l'on demande s'il y a des psychothérapies ou d'autres INM moins fréquemment utilisées que celles déjà citées, très peu de répondants s'expriment, et il ne s'agit quasiment que de médecins (28 répondants). Ces médecins citent 64 INM mises en place à titre ponctuel dans leur service. Il s'agit alors de techniques à médiation corporelle, de médiations artistiques, d'ateliers divers (écriture, réalité virtuelle, jardinage, photo-langage,...). Ces activités bien que diverses et moins fréquentes n'en restent pas moins des interventions, qui elles aussi ne doivent pas être négligées.

3.2. Connaissances théoriques, régulation et les formations

3.2.1. Principaux courants théoriques d'appui

Professionnel/courant théorique	Total sur 384 répondants	%
Absence de réponse	279	72,7%
Approche cognitivo-comportementale - approche cognitive	42	10,9
Approche psychosociale	25	6,5
Approche d'inspiration psychanalytique	18	4,6
Approche éducative	13	3,3
Approche systémique	8	2
Total des répondants	384	100

Tableau 3 : Principal courant théorique d'appui

Sur l'ensemble des 384 répondants qui affirment utiliser régulièrement psychothérapie et/ou d'autres INM, près des $\frac{3}{4}$ (72,7 %) ne répondent pas à la question portant sur leur(s) courant(s) théorique(s) d'appui.

Cette absence de réponse est massivement confirmée car, lorsque l'on demande si les répondants ont un second courant théorique d'appui, nous n'avons alors plus que 17 réponses (4,4 %).

3.2.2. Description des dispositifs de supervision

Supervisions	Non	Oui
Supervision par un intervenant INTERNE	383 (86 %)	64 (14 %)
Supervision par un intervenant EXTERNE	299 (67 %)	148 (23 %)
Groupes de régulation sur les pratiques ou d'une supervision HORS institution	372 (83,2 %)	75 (16,8 %)

Tableau 4 : Supervision de la pratique

Les 447 réponses indiquent majoritairement une absence de régulation des pratiques proposées par les institutions, qu'elles soient réalisées par un intervenant interne (383 soit 86 %) ou externe (299 soit 67 %). De même, très peu de participants font appel à des groupes de régulation en dehors de leur institution (372 soit 83,2 %)

3.2.3. La formation

A la question « Continuez-vous à vous former aux interventions non médicamenteuses que vous pratiquez ? », sur l'ensemble des 447 répondants, 77,85 % confirment continuer à se former. Les répondants indiquent que 74 % des formations suivies ne sont pas proposées et/ou contrôlées par les structures d'appartenance. Il s'agit d'auto-formation (lecture, article, ouvrages, e-learning...) pour 119 personnes (47 %), ou encore de participation à des formations non universitaires (séminaires...) pour 74 personnes

(27 %). Seulement 20 % des participants se réfèrent à des formations cadrées, des formations universitaires de type DU (31 personnes, soit 11 %) ou de la supervision (25 personnes, soit 9 %). Notons que 17 personnes (6 %) ne précisent pas la nature des formations suivies.

Pour les 99 personnes qui ne continuaient plus à se former (21,15 %), deux raisons principales sont données : l'absence de financement et le fait que les formations proposées ne correspondent pas à leur demande.

3.2.4. Position sur l'utilisation des psychothérapies et des autres INM ou freins à leur utilisation

Afin de connaître le désir d'utiliser de nouvelles INM, nous avons posé la question suivante : « Souhaiteriez-vous mettre en place de nouvelles méthodes psychothérapeutiques ou interventions non médicamenteuses ? » Sur les 447 répondants, 287 personnes (64 %) répondent favorablement contre 160 personnes (36 %) qui ne souhaitent pas proposer de nouvelles méthodes. Les 193 personnes précisent leur réponse et proposent 283 méthodes à visée psychothérapeutique (parfois plus d'une réponse par personne). Il s'agit principalement de thérapies à médiation, de l'aide à la prise en charge de l'entourage, de demandes de formation à l'animation de groupe, ou encore de mises en place d'ateliers thérapeutiques. Ils exposent les raisons de leurs choix en soutenant que les psychothérapies et les autres INM complètent les dispositifs existants et facilitent les interactions dans le soin...

Sur les freins concernant le recours aux INM, 6 raisons principales ont été évoquées. Le traitement thématique des réponses est présenté à partir de deux figures résultant d'une analyse par Nvivo12 des verbatim.

Dans la figuration par nuage de mots, les mots « temps » et « manque » sont les plus fréquents.



Figure 2 : Les freins concernant le recours aux INM. L'analyse lexicale par fréquence de mots met principalement en avant le manque de temps et de formations

En ce qui concerne les thématiques, la figure 2 visualise la fréquence et identifie 6 principales thématiques.

- le manque de formation possible
- le manque de financement

- le manque de reconnaissance dans la pratique
- une protocolisation excessive des pratiques
- le manque de ressources humaines
- difficulté de mobilisation par manque de temps

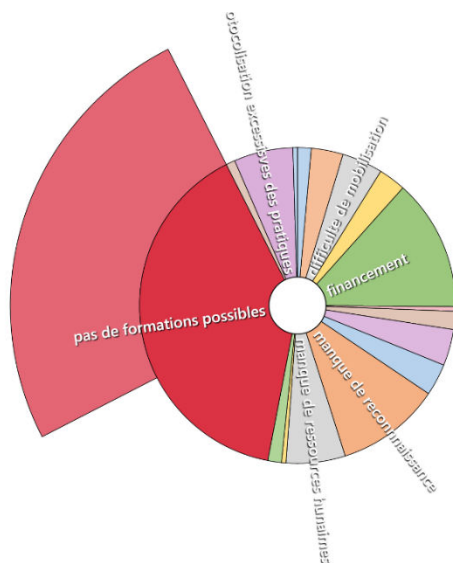


Figure 3 : Les 6 principales thématiques liées aux freins du recours aux psychothérapies et aux autres INM.

Les freins majeurs du recours aux INM sont centrés sur des manques (manque de formations, manque de financement, manque de ressources humaines). Des regrets sont aussi exprimés (manque de reconnaissance des INM, protocolisation excessive des pratiques, difficulté de mobilisation). Les autres thématiques sont trop marginales pour être exposées.

4. DISCUSSION

4.1. Population et principales psychothérapies ou autres INM employées

Sur la question de la mobilisation des répondants, le niveau plus élevé de réponses des membres de certaines associations (Association Addictions France [ex-ANPAA], Société Française d'Alcoologie...) peut avoir différentes explications : d'abord les tailles respectives des associations et leur organisation, des différences de culture pour la recherche, et des moyens humains disponibles pour ce type d'étude. Ainsi, par exemple, l'association Addictions France a réalisé une diffusion nationale à ses structures et mis en place un comité de pilotage pour suivre le nombre de réponses. Cela peut tenir aussi à la diversité des associations membres de la FFA (associations de praticiens versus associations de professionnels, de patients, fédérations de structures, réseaux...), aux doublons d'appartenance (il était demandé dans l'enquête de répondre à partir de son activité principale), à des difficultés de diffusion interne ou encore à une moindre mobilisation pour certains partenaires dans la diffusion de l'enquête... Cette démarche montre l'intérêt d'une structuration du recueil de données en addictologie pour donner une meilleure lisibilité aux enjeux thérapeutiques à soutenir dans le domaine du soin et de la prévention.

Le plus grand nombre de réponses vient des médecins et des psychologues (51 % des répondants), ce qui amène à plusieurs interrogations / hypothèses : soit les questionnaires ont été moins distribués aux autres catégories de personnels, considérant que les approches psychothérapeutiques les concerneraient moins que les médecins et les psychologues, soit ces mêmes professionnels considèrent qu'ils ne pratiquent pas



de méthodes à visée psychothérapeutique, alors que les infirmières par exemple (14,6 % des réponses) sont souvent en 1ère ligne pour assurer des activités qui entrent complètement dans ce champ.

Enfin, les résultats de cette étude doivent être relativisés car, d'une part, certaines catégories professionnelles sont surreprésentées et d'autres au contraire peu représentées dans notre échantillon ; d'autre part, parce qu'il est possible qu'il y ait un biais de réponse, les professionnels pratiquant étant peut-être plus intéressés et susceptibles de répondre à ce type d'enquête.

4.2. La pratique clinique et l'utilisation des psychothérapies et des autres INM

Les répondants indiquent à une très forte majorité faire des consultations individuelles (plus de 90 %). Ce point peut être mis en relation avec le fait que sur les 447 répondants, il y a 121 médecins et 108 psychologues, soit la moitié des participants. Pour ces deux catégories professionnelles, les consultations individuelles sont un usage prévalent dans leur pratique quotidienne. Les activités de groupe sont également fréquentes, surtout sous la forme d'animation de groupes de parole (2/3 des répondants). Ces activités représentent l'essentiel du temps thérapeutique passé par les 447 professionnels (près de 90 %). L'entourage n'est pas délaissé puisque 58 % des répondants proposent des activités pour ou associant l'entourage. Si ces rencontres sont majoritairement ponctuelles (5% de l'activité), elles sont tout de même régulières pour un quart des répondants. Notons que comme ces approches s'adressent à l'entourage et pas seulement aux patients, il est normal que le recours à leur utilisation soit plus faible que les autres approches. Il n'empêche que le recours à ces méthodes reste un élément important des programmes de soins en addictologie. Il est aussi probable que les modalités et les objectifs de ces rencontres soient très variables selon les structures et leurs moyens, depuis un entretien d'évaluation de la situation familiale jusqu'à des thérapies familiales structurées en passant par tous les degrés et modalités du travail avec l'entourage.

Concernant les activités thérapeutiques proposées, cette étude montre d'abord que la grande majorité des répondants propose des psychothérapies ou d'autres INM à leurs patients. Ensuite, les méthodes les plus utilisées ne sont pas des psychothérapies structurées au sens habituel du terme, mais plutôt des interventions simples qui sont aussi celles qui nécessitent le moins de formations spécifiques et/ou longues. Il s'agit surtout d'entretiens motivationnels, d'interventions brèves, de relation d'aide et de groupes de parole. Les thérapies psychodynamiques brèves sont les plus utilisées par un peu plus de 8 % des répondants, juste devant les TCC (7 % des répondants) et les thérapies familiales/systemiques (5 %). On peut aussi penser que les résultats globaux présentés mériteraient d'être plus finement analysés en croisant par exemple la nature des psychothérapies et autres INM proposées avec les structures d'appartenance, le temps des prises en charge à l'hôpital, lors soins résidentiels de suite ou encore en ambulatoire étant très variable. D'autres informations comme le manque de personnel nécessaire pour développer ces méthodes (temps médical ou de psychologue insuffisant) ou comme l'impossibilité à se former pourraient participer à une meilleure analyse des résultats.

Enfin, 25 % des répondants indiquent pratiquer d'autres méthodes et leur inventaire est long et varié ... Cela indique sans doute que des répondants pratiquent des techniques auxquelles ils adhèrent, qui d'ailleurs peuvent avoir un intérêt en s'inscrivant dans un programme thérapeutique plus large, même si l'évaluation de leur efficacité spécifique est souvent encore insuffisante. Il reste à analyser si ces techniques s'intègrent harmonieusement dans les programmes de soins, notamment en favorisant les interactions entre soignants et soignés, ou s'il s'agit de proposer de méthodes qui plaisent certes aux professionnels mais sans réelle cohérence avec les besoins des patients en termes d'altérations fonctionnelles et/ou avec le reste des programmes de soins. Il y a là un enjeu de réflexion essentiel pour évoluer vers des soins de qualité, cohérents, complémentaires et adaptés aux patients.



La multiplicité actuelle des psychothérapies et des autres INM interroge ainsi à la fois la question de leur ancrage dans les équipes mais aussi celle de leur ancrage théorique, notion peu renseignée dans l'enquête indiquant, probablement du fait d'une culture scientifique insuffisante, une difficulté à situer leur pratique dans les références conceptuelles et donc peut-être à en situer les objectifs thérapeutiques au regard des problématiques addictives. Si les approches dites « classiques » restent incontournables (entretiens individuels, groupes, entourage), elles sont associées à une multiplicité de méthodes dont le choix n'est cependant pas systématiquement conceptualisé et justifié, laissant penser qu'il s'agirait plus de médiations qui permettraient de mettre en œuvre des psychothérapies ou d'autres INM plus classiques.

Ainsi les praticiens voient dans cette synergie des psychothérapies et des autres INM une plus-value à l'offre de soin qu'ils souhaitent préserver en l'état et continuer à développer si les formations qui leur sont proposées le leur permettaient.

On peut s'interroger sur l'engouement pour certaines approches, en plus de leur intérêt pour les patients : sont-elles un moyen de se renouveler dans la prise en charge des pathologies chroniques que sont les addictions ? Participent-elles à des espaces dans lesquels les thérapeutes peuvent se ressourcer ? Nous aurions là un indicateur du besoin qu'ont les professionnels à être soutenus dans leur fonction.

4.1. Connaissances théoriques, régulation et les formations

En ce qui concerne l'absence d'identification du courant théorique, il peut s'agir d'une difficulté des soignants à situer leur pratique dans les références conceptuelles des différentes psychothérapies et autres INM ou encore d'un manque d'intérêt pour ce type de question. Il est aussi possible que la majorité des professionnels qui ne sont pas de formation psychothérapeute ne se soucient pas des courants théoriques.

Un autre point doit aussi être souligné, il est nécessaire que les intervenants en addictologie présentent des « qualités » qui pourraient se résumer en : « savoir-être et savoir-faire » (5, 6). Nous rencontrons en ce moment dans les pratiques cliniques un double écueil. Le savoir sur les psychothérapies et les autres INM est mis à mal par un manque de formations. Le savoir-être n'est pas garanti par le travail de supervision. Insistons sur le fait qu'en addictologie, les intervenants doivent être capables de conjuguer une bonne capacité d'écoute et d'empathie avec leur pratique. C'est cette articulation qui aide à supporter, dans le temps, les difficultés dans la relation thérapeutique.

Dans notre enquête, on peut supposer que la souffrance exprimée par les soignants (excès de protocolisation des soins, difficultés d'accès aux formations par manque de moyens financiers, déficit de choix en adéquation avec les demandes) va ainsi de pair avec l'absence d'espace de régulation des pratiques. Ainsi nous n'avons pas envisagé que cette enquête puisse donner lieu à des réponses qui vont au delà du fait de recenser des données sur les psychothérapies et les autres INM. En effet dans les réponses ouvertes, les personnes se sont saisies de ces espaces pour exposer leur malaise dans le soin. Il s'agit de désaccords sur la pratique et le contexte de leur exercice. L'exemple mentionné sur les « excès de protocolisation des soins », le manque du temps semble soit traduire une absence de préoccupation pour des éléments théoriques notamment pour les méthodes utilisées le plus souvent : groupe de parole, techniques motivationnelles, interventions brèves et relation d'aide, soit encore exposer une souffrance au travail. On peut alors se demander si l'absence de formation et de régulation ne pourrait pas expliquer le peu de réponses sur les référentiels théoriques ou les confusions dans les réponses pour associer une méthode à un champ théorique ou un domaine d'activité. Ce fractionnement de la pensée, ce manque de sens dans la pratique font aussi penser à des états proches du burn-out (7). Si l'épuisement physique n'est pas mentionné dans l'enquête (le thème ne s'y prêtait pas et n'a pas été intégré dans les questions), l'épuisement émotionnel (sphère affective du rapport au travail) et l'épuisement cognitif (attention portée à la pratique, apprentissage



demandé dans l'exercice de sa profession) sont évoqués. On peut émettre l'hypothèse que ces épuisements émotionnels et cognitifs pourraient parfois être compensés par un renouveau associé à des pratiques jusque là non utilisées... Dans ce cas, l'intérêt pour les psychothérapies et les autres INM serait plus à relier au besoin de retrouver des espaces de pensée, de répit dans des pratiques usantes psychologiquement. L'épuisement au travail n'est pas spécifique aux addictions, elle semble toucher les soins dans leur ensemble, avec très souvent le problème des prises de divers toxiques pour y faire face (8).

Les analyses de verbatim attestent de ce manque de considération. Il est donc important de souligner les risques pour toute équipe en addictologie de ne pouvoir pas bénéficier de groupes de régulation afin de maintenir une bonne utilisation des techniques thérapeutiques, et de prévenir tout risque d'usure, de manque de contrôle et d'analyse dans son implication dans le soin. Il s'agit d'espace indispensable pour continuer à se former, à s'interroger sur ces actions thérapeutiques, et se ressourcer. Rappelons que les soignants sont eux-mêmes outils de soin dans ces rencontres cliniques.

Enfin, comme toutes ces méthodes impliquent des formations adaptées et de qualité, et que plus de ¾ des répondants continuent à se former hors du contrôle de leur structure d'appartenance et que 20 % des répondants se forment en l'absence de financement, il y a là un sujet de réflexion important sur les politiques devant être soutenues dans les domaines des soins mais aussi et surtout de la prévention.

5. CONCLUSION

Cette enquête, malgré ses limites, apporte des éléments intéressants sur le recensement des psychothérapies et les autres INM dans les structures addictologiques de France. Elle souligne un ensemble de questions : quels sont les modes d'évaluation les mieux adaptés pour toutes ces méthodes qui se multiplient (25 % des pratiques non classiques) ? Quelle est la place pour ces méthodes dans les programmes de soins des structures addictologiques ? Que pouvons-nous proposer à chaque patient selon ses besoins dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé et intégratif ? Quels intervenants peuvent recourir à ces méthodes et avec quelle formation ? Dans les structures addictologiques, ambulatoires ou résidentielles, les psychothérapies et des autres INM sont souvent proposées par des professionnels dont la formation initiale, la qualification et la fiche de poste peuvent en être assez éloignées, même s'ils (se) sont formés selon des modalités elles-mêmes très diverses. Le recensement des méthodes disponibles sur un territoire et le partage d'un éventail de possibilités thérapeutiques complémentaires entre plusieurs structures permettraient à chaque patient, à un moment de sa trajectoire et en fonction des étapes de son évolution, de l'orienter vers la structure lui apportant le niveau d'intensité de soins et les méthodes les plus adaptées pour l'aider à modifier ses comportements et son rôle dans l'environnement. Il reste ainsi à définir conceptuellement et cliniquement quelles sont les pratiques à mutualiser et à quel moment du parcours, et quelles sont les raisons de leur opérationnalité propre à l'addictologie dans un parcours de soins.

Pour le mode de valorisation et de la validation de l'ensemble de ces actions, on peut se demander si la multiplication de différentes méthodes ne pourrait être davantage envisagée comme des approches qualitatives (9, 10, 11) plus compatibles avec les approches holistiques du soin, la participation d'anciens patients à ses études (12), les méthodes de la narrative evidence based medicine (13, 14). Ainsi la FFA bénéficierait d'une base de données sur les pratiques qu'elle pourrait justifier en termes d'options thérapeutiques s'appuyant sur des conceptions théoriques solides pour défendre au niveau politique une cause : celle d'un soin de qualité adapté aux sujets présentant des problématiques addictives qui demande une prise en charge longue.

6. REFERENCES



1. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, ... Carbonnel F. De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*. 2018 : (1), 21-27.
2. Paille F. Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en ADDICTOLOGIE, coordinateur F Paille. 2022 : [Microsoft Word - FFA-Guide psychotherapies-2022_05.docx \(addictologie.org\)](#)
3. Boulze-Launay I, Rigaud A, Basset B, Paille F. Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie, Préalables scientifiques et méthodologiques. *Revue Alcoologie et Addictologie*. 2020 : 42 (3) : 38-49.
4. Edhlund B, McDougall A. *NVivo 12 essentiels*. Lulu, com, 2018.
5. Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G, Audouin D, Nataf C. *Alcoologie*. Masson, 1983.
6. Bonvin E. Pour une initiation propédeutique à la relation thérapeutique: Transmettre l'art de l'influence. *Psychothérapies*. 2006 : 26(4), 187-196.
7. Chaine, L. (2023). Pratiques langagières en psychothérapie du burnout et des souffrances au travail. Élaboration des mini-récits d'émancipation en période d'arrêt de travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 36, 51-66.
8. Coscas, S., Rolland, F., Rodriguez, K., & Benyamina, A. (2023). Le personnel soignant et les addictions, le milieu anesthésique à risques. Un exemple de prévention: la mission FIDES (AP-HP). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 27(5), 321-326.
9. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*. 2001 : 32(2), 117-121.
10. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004 : 10(1), 79-86.
11. Guiberteau J, Collonnaz M, Kivits J, Martini H, Paille F. Trajectoires addictives et de soins des personnes présentant une conduite addictive en Lorraine. *Santé Publique*. 2022 : 34.
12. Pommery A, Moisan D, Claudon M. Patient expert en addictologie. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2018 : 12(7), 610-611.
13. Charon R, Wyer P. Narrative Evidence Based Medicine. *The Lancet*. 2008 : 371: 296-297.
14. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*. 2001 : 32(2), 117-121.

Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

Remerciements : Les auteurs remercient l'ensemble de membres de la commission scientifique d'Addictions France (ex- ANPAA), Benjamin Rolland, Sophie Biba, Pierre Gaudriault, Guillaume Quercy, Alain Rigaud et Nicolas Simon. Les auteurs remercient aussi le groupe de travail de la FFA piloté par François Paille. Ce groupe de travail était composé de Pierre Arwidson, Marc Auriacombe, Bernard Basset, Isabelle Boulze-Launay, Georges Brousse, Micheline Claudon, Olivier Cottencin, Jean-Pierre Daulouède, Maurice Dematteis, Alain Dervaux, Benoit Fleury, Geneviève Lafaye, Yann Le Strat, Amandine Luquiens, Fabrice Olivet, Gérard Ostermann, François Paille, Ariane Pommery, Jean-Claude Tomczak, Didier Touzeau, Philippe Sayer.

hommes. Les effets d'âge, de diplôme, de revenu et de situation d'activité ont été analysés par genre, mais pas la catégorie sociale ; toutes choses égales par ailleurs, parmi l'ensemble des 18-75 ans, les personnes aux revenus les plus élevés étaient plus à risque d'avoir dépassé le repère et, plus spécifiquement, d'avoir consommé plus de 2 verres le même jour. Contrairement aux résultats issus des données et indicateurs antérieurs, aucun lien significatif n'a été mis en évidence avec la situation professionnelle. Parmi les femmes, le résultat central demeure sur l'inversion du gradient : les plus diplômées ou celles percevant les plus hauts revenus avaient une probabilité plus grande d'avoir dépassé le repère. Ce rapprochement des conduites d'alcoolisation des hommes et des femmes, à l'instar de l'uniformisation des rôles sociaux, est ainsi apparu plus marqué dans les milieux favorisés, ce rapport plus étroit à l'alcool pouvant être interprété comme un corollaire de leur émancipation [40].

Il est difficile de tirer de ces différentes analyses une conclusion solide sur l'évolution des inégalités sociales de santé en matière de consommations d'alcool. La seule conclusion qui semble robuste sur les 20 dernières années est, comme pour le tabac, la nette réduction de l'écart de consommation entre hommes et femmes : la déclaration d'une consommation quotidienne d'alcool, indicateur disponible sur longue période, est passée de 31 % à 12 % entre 2000 et 2014 [21], et celle des femmes de 15 à 5 %. Une étude temporelle rigoureuse reste à faire pour évaluer l'évolution des inégalités sociales de consommation et notamment les écarts sur les années récentes et selon la situation d'emploi.

6. Cannabis : les consommations régulières concernent plutôt les jeunes défavorisés, mais les jeunes des milieux favorisés expérimentent davantage

Les analyses des inégalités sociales de consommation sont plus rares pour les autres produits psychoactifs que pour le tabac et l'alcool. Selon le Baromètre santé 2010, l'usage régulier de cannabis concernait surtout les plus jeunes et était associé à un faible niveau de diplôme et à la catégorie des ouvriers chez les hommes sans emploi [41]. Avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois est plus fréquemment déclarée par les plus diplômés, mais cette consommation est moins régulière. Pour le cannabis comme pour l'alcool, davantage que pour le tabac, l'expérimentation est plus fréquente chez les adolescents issus de milieux favorisés ; mais pour tous les produits ils passent moins souvent à une consommation régulière [42,43].

En France, l'usage occasionnel de cannabis semble ainsi concerner surtout des individus socialement intégrés, tandis que l'usage régulier serait plus lié à des situations de précarité ou des difficultés sociales [44]. Ce constat rejoint celui réalisé au niveau international montrant que les adolescents socioéconomiquement défavorisés déclarent des consommations de cannabis plus importantes [45].

L'expérimentation d'autres produits illicites paraît quant à elle liée à des situations de chômage ou de difficultés financières. Celle de poppers et de cocaïne touche principalement les plus diplômés, à l'inverse de l'héroïne, alors que celle de l'ecstasy varie peu selon le niveau de diplôme. Là encore, une analyse régulière et en évolution des inégalités serait précieuse. Même s'ils sont observés dans tous les milieux sociaux, les usages problématiques de drogues illicites apparaissent quant à eux très marqués par des situations de précarité, voire de grande précarité [46].



7. Un défi de connaissance pour les politiques de santé publique

Mener des politiques de santé visant à réduire les inégalités sociales en même temps que les prévalences moyennes en matière d'addictions, au moins pour les produits les plus courants que sont l'alcool, le tabac ou le cannabis, est un véritable défi. Le relever suppose d'abord un suivi régulier des indicateurs de consommation, dont nous avons vu qu'il était perfectible. Le relever suppose également de disposer de suffisamment de travaux de recherche permettant de tester les nombreuses hypothèses possibles sur les causes de ces inégalités. Et il est particulièrement important de saisir comment ces inégalités peuvent être socialement construites pour ne pas les aggraver et pour envisager de les corriger. Il est généralement admis que les inégalités sociales de santé reposent sur différents types de déterminants individuels et d'environnement socio-économiques qui s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie, voire entre les générations [3]. Par ailleurs, les inégalités de consommation de produits psychotropes peuvent être, en retour, à l'origine d'inégalités socio-économiques.

En matière de perceptions et de comportements, un jeu d'hypothèses fréquemment mis en avant pour expliquer les inégalités sociales de recours aux produits psychoactifs repose sur une moins bonne compréhension des risques parmi les catégories les plus défavorisées ainsi qu'une moindre préférence pour le futur [21]. Chez les adolescents, l'attention accordée à la réussite scolaire et la confiance dans l'avenir constituent ainsi un déterminant important de l'arrêt de la consommation ou pour en limiter les excès [43,47]. La consommation de tabac est parfois justifiée par les personnes concernées par une remise en cause des messages des autorités de santé, plus fréquente dans les milieux les moins favorisés [48]. Les études disponibles, y compris au niveau international, mettent ainsi en évidence une moindre efficacité auprès des populations défavorisées des campagnes générales de prévention ou des mesures nationales de lutte contre l'addiction au tabac, y compris celles portant sur la hausse des prix des produits, bien que celle-ci soit beaucoup plus sensible pour les plus bas niveaux de revenus [49]. Cette efficacité réduite a pour conséquence une augmentation des inégalités sociales, alors même que la consommation moyenne peut baisser.

D'autres facteurs liés à l'environnement et aux conditions de vie des personnes ont aussi été mis en évidence. Les études montrent ainsi que les conditions de travail difficiles, le stress occasionné par l'occupation d'emplois précaires et de courte durée sont des facteurs favorisant les consommations de produits psychoactifs à titre compensatoire [50]. Les addictions sont aussi vécues comme l'expression d'une culture partagée au sein d'un groupe de pairs, ou une reproduction de comportements familiaux, comme on l'a vu plus haut. Parmi les plus jeunes, les opinions et perceptions sont ainsi plus favorables au tabac dans l'enseignement technique [51]. Le tabagisme semble également associé aux conditions de vie : il apparaît associé à la perception qu'ont les individus de vivre dans un environnement défavorisé, à niveau d'éducation, de revenu ou statut d'emploi comparable [23]. Une explication plus générale est centrée sur le cycle social des produits, qui rend bien compte des différences générationnelles de consommation de tabac [43] : les groupes sociaux les plus favorisés innovent dans l'adoption d'un produit, qui se diffuse ensuite largement, mais ils sont aussi précurseurs dans l'écoute et l'incorporation des messages de santé publique, puis dans l'arrêt de la consommation.

La réduction des écarts de consommation entre hommes et femmes, tout comme les consommations à risque plus fréquentes chez les femmes les plus éduquées, à plus haut revenu ou à plus haut statut social ne tient sans doute pas seulement à l'accroissement du taux d'emploi de ces dernières, ni à l'élévation relative de leur niveau d'étude ; ce sont plutôt, plus largement, les modifications des normes régissant les rôles sociaux respectifs des hommes et des femmes qui doivent être mobilisées [43]. Ces normes de genre expliquent aussi pour partie les écarts sociaux de consommation d'alcool entre garçons et filles aux plus jeunes âges.



8. Comment améliorer la prise en compte des inégalités sociales dans les politiques de lutte contre les addictions ?

Il est nécessaire de s'appuyer sur le suivi régulier et les recherches sur les causes des inégalités sociales d'addiction pour concevoir des politiques de santé qui, au-delà de réduire les addictions en moyenne, en réduisent également les écarts entre groupes sociaux. Et qui plus est, il est important de pouvoir s'appuyer sur des évaluations des politiques menées ici et ailleurs afin d'en comprendre les effets et éventuellement les effets indésirables.

Une récente revue de littérature permet de faire avancer la réflexion de manière utile sur les addictions au tabac [52]. Les recherches recensées s'accordent sur le fait que les interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont aussi de nature à augmenter les inégalités sociales de santé. Elle repose malheureusement surtout sur les évaluations d'actions réalisées à l'étranger, évaluations qui mériteraient d'être développées aussi en France, d'autant plus que les quelques résultats disponibles sur les données françaises peuvent parfois se révéler contradictoires, par exemple sur les effets des hausses de prix du tabac qui semblent moins efficaces en France sur la consommation des personnes à bas revenus [23]. Les préconisations portent sur le développement d'interventions de proximité, de démarches proactives auprès de publics ciblés et d'une co-construction des mesures à mettre en œuvre. Concernant l'alcool, les travaux internationaux ont montré une efficacité plutôt faible des interventions visant à réduire les dommages induits par la consommation d'alcool lorsqu'elles étaient ciblées sur des groupes sociaux particuliers [53] et une méta-analyse a conclu que leur efficacité était plus forte lorsqu'elle prenait en compte la question du genre [54].

Plus globalement sur les addictions, il apparaît crucial que les actions entreprises se situent dans une perspective holiste et développementale impliquant des interventions précoces au cours de la vie (y compris en amont des premières consommations), et l'articulation des politiques nationales et locales [55]. A ce titre, des structures telles que les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), spécialement dédiées aux jeunes et orientées vers la prévention, l'intervention précoce et le repérage des usages à risque, sont venues au début des années 2000 compléter le dispositif sanitaire et social [56].

Les actions de réduction des risques et des dommages (RdRD) entreprises depuis les années 1990 en France constituent sans doute la plus forte contribution à la lutte contre les inégalités sociales sur les addictions, avec notamment une meilleure prise en charge des usagers d'opiacés, des polyconsommateurs et des conséquences délétères de la voie injectable. La mise en place de programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution aux opiacés et leur renforcement grâce à une politique de réduction des risques infectieux cohérente et efficace ont permis de faire baisser le nombre de surdoses mortelles et de réduire drastiquement la prévalence du VIH et, dans une moindre mesure, des hépatites chez les usagers de drogues injecteurs, qui sont dans leur grande majorité dans des situations socioéconomiques défavorisées, voire en grande précarité. Pour des produits tels que l'alcool, le tabac ou le cannabis, beaucoup plus couramment consommés et pour lesquels la problématique n'est pas infectieuse, les actions de RdRD sont forcément différentes ; elles ont par ailleurs fait l'objet de travaux moins nombreux et ne font pas encore complètement consensus [57].

L'effet aggravant des politiques universelles sur les inégalités de santé est un résultat assez général qui a également été mis en avant pour d'autres politiques, mais qui s'illustre tout à fait sur les addictions. Sir Michael Marmott, qui a coordonné plusieurs rapports pour l'OMS sur la lutte contre les inégalités de santé, promeut pour y remédier un « universalisme proportionné » des politiques de santé publique : l'échelle et l'intensité des politiques doivent être proportionnée au niveau de désavantage des différents groupes [58].