



Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par

Johann BRIAND

Né(e) le 21/04/1987 à Paris 14^e (75)

TITRE

En Région Centre-Val de Loire,
l'absence de structure de soins résidentiels en addictologie,
acceptant les animaux de compagnie, constitue-t-elle une perte de chance
dans la prise en charge des patients atteints de pathologies addictives ?

*Une étude observationnelle transversale des patients inclus dans le Rezo Addictions 41,
réseau de coordination des soins addictologiques et de soutien à la médecine générale.*

Présentée et soutenue publiquement le 10 Novembre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie et Addictologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale - Saint Georges sur Cher

Directeur de thèse : Docteur Anne-Marie BRIEUE, Addictologie - Blois

**En Région Centre-Val de Loire,
l'absence de structure de soins résidentiels en addictologie,
acceptant les animaux de compagnie, constitue-t-elle une perte de chance
dans la prise en charge des patients atteints de pathologies addictives ?**

*Une étude observationnelle transversale des patients inclus dans le Rezo Addictions 41,
réseau de coordination des soins addictologiques et de soutien à la médecine générale.*

RESUME

Introduction : Prédominante jusqu'aux années 1990, la place des soins résidentiels en addictologie est, à l'heure actuelle, limitée aux situations complexes pour lesquelles la prise en charge ambulatoire est insuffisante. En 2016, seul deux Centres Thérapeutiques Résidentiels permettent un accueil des patients accompagnés d'un animal en France, géographiquement éloignés de la Région Centre-Val de Loire. L'objectif de notre étude était de déterminer si une demande de ce type de soin existait parmi les patients souffrant de pathologies addictives dans cette région.

Matériels et méthodes : Nous avons effectué une étude observationnelle transversale des patients inclus dans le Rezo Addictions 41, où ne sont inclus que des patients complexes, potentiellement candidats à une prise en charge résidentielle de leurs addictions. Le recueil de données s'est fait par questionnaire entre août 2015 et février 2016.

Résultats : Un échantillon de 61 patients a été analysé. 31 (50,8%) possédaient au moins un animal de compagnie. 11 (18%) avaient un antécédent de refus de soin lié à son animal. Après retrait des « sans opinion » sur les questions concernées, on retrouvait une volonté à aller vers du soin résidentiel significativement plus importante si la structure d'accueil acceptait les animaux. (p 0,025 ; OR [1,14-6,9]).

Discussion : Notre étude a montré que les patients inclus dans le Rezo Addictions 41 étaient significativement plus enclins à aller vers une prise en charge résidentielle de leurs addictions, si la structure de soins permettait un accueil conjoint de leur animal de compagnie. On peut estimer que l'absence d'une telle offre en Région Centre-Val de Loire est un vrai manque. La prise en charge résidentielle des addictions contraint actuellement les patients à se séparer de leur animal, parfois unique lien social et principale source de satisfaction et d'estime d'eux-mêmes.

Mots-clés : addictions, traitement résidentiel, animaux de compagnie, réseau de soins en addictologie.

**In Région Centre-Val de Loire,
is the lack of residential treatment centers for addictions, welcoming pets,
a loss of chance to treat patients with addictive diseases ?**

*A observational cross-sectional study of patients included in Rezo Addictions 41,
network of coordination for addiction treatment and support to general practice.*

ABSTRACT

Introduction : Standard treatment of addictions until the 90's, residential treatment is, nowadays, limited to complex patients, when ambulatory treatment is insufficient. In 2016, only two residential treatment centers allowed an admission of patients with their pets, far from Région Centre-Val de Loire. The aim of this study was to determine if the population suffering from addictions in our region needed this kind of treatment centers.

Materials and methods : We made an observational cross-sectional study of patients included in Rezo Addictions 41, only composed of complicated situations, when residential treatment of their addictions may be necessary. We collected data with questionnaires between August 2015 and February 2016.

Results : 61 questionnaires were analysed. 31 patients (50,8%) owned a pet. 11 (18%) had already refused residential treatment because of their pet. When we removed the questionnaires « without opinion » we found a significantly more important wish to go to a residential treatment center if the pet was allowed. (p 0,025 ; OR [1,14-6,9]).

Discussion : Our study showed that patients included in Rezo Addictions 41 were more volunteer to go to a residential treatment center, if it was able to welcome them with their pets. We can think that the absence of such centers in Région Centre-Val de Loire is a real lack. Actually, residential treatment of addictions force our patients to part with their pet, which is sometimes their unique social link and main source of satisfaction and self esteem.

Key words : addictions, residential treatment, pets, network of coordination for addiction treatment.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologue, diabète, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie

LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne..... Cardiologie
BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury.

Pour votre enseignement dont j'ai bénéficié au sein du DIU d'addictologie, lors de la formation à l'entretien motivationnel, ou lors de cours magistraux durant mon externat.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Pour votre engagement dans la formation des futurs médecins généralistes tourangeaux.

Veillez recevoir, Madame le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Pour l'accueil reçu lors de mon stage dans votre service au cours de mon externat.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Anne-Marie BRIEUDE,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Je te remercie surtout, Anne-Marie, pour les 6 mois au Rezo, qui ont influencé profondément et durablement mon parcours professionnel. Merci pour ta passion « contagieuse » pour cette discipline.

Je te prie de recevoir l'expression de ma sincère amitié.

À Monsieur le Docteur Yannick LEGEAY,

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Je te remercie de m'avoir formé pendant 6 mois dans le « cabinet du bonheur » avec Samuel et Antoine, ainsi qu'au cours de nombreux groupes de pratique.

Je te prie de recevoir l'expression de ma sincère amitié.

À l'**équipe du Rezo** : Maryline, Manue, Elodie (merci Jason pour ton soutien logistique !)

A tous les **patients du Rezo** ayant accepté de répondre à mon questionnaire.

Aux professionnels et patients rencontrés au cours de mes stages d'observation au **CTR de Pern** et à la **ferme Merlet** : merci pour votre accueil chaleureux et les échanges que nous avons eu.

Aux équipes rencontrées au cours de mon internat : le service de **pneumologie du CH de Blois**, l'équipe de **Médecine Scolaire du Loir-et-Cher**, le service des **urgences du CH de Vendôme**, les médecins de St Georges ainsi que Vincent, Pam, Fifi et Mme Nadette, et tous les professionnels du **CSAPA Port-Bretagne de Tours**.

À **Pioui**, mon compagnon de toujours ! (Je suis bien arrivé à Dnipropetrovsk...), **Noémie** (merci pour tes précieux conseils) et leur petit **Oscar**. Merci pour votre soutien en cette sacrée année 2016...

À **Poupou** (Hey p'tite sœur, on est docteurs !)

À **Sandrine et Antoine** (Reviendez-nous vite les poulets !)

À Filoche, Canelle, Angie, Lola, Roxette, Choklo, Demet, Cactus, Purline, Bergamote, Cerise, Camomille...

À **mes parents**, pour les valeurs d'empathie, de tolérance et de non jugement qu'ils m'ont inculquées et qui constituent le socle indispensable sur lequel j'ai pu fonder ma vie professionnelle et privée. (Désolé papa, mais je ne suis pas certain qu'on puisse envoyer cette thèse dans l'espace... Malgré les précieuses relectures de maman, je n'ai pas eu l'homologation NASA !)

À **Charline**, mon épousaille ! Pour le soutien sans faille dont tu as fait preuve depuis de nombreuses années, sans lequel tout ça n'aurait pas été possible. Merci pour ton drôle de p'tit caractère qui me plaît tant. Merci pour tout ce que nous avons construit ensemble, notamment notre dernière réussite...

À **Léonce**, notre « dernière réussite », né en même temps que cette thèse... Merci d'avoir fait tes nuits aussi rapidement ! Et merci d'avoir changé notre vie...

« On peut juger de la grandeur d'une nation par la façon dont les animaux y sont traités. »

Gandhi

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE.....	13
I- INTRODUCTION.....	14
1- Avant propos.....	14
2- Données épidémiologiques.....	15
a. Epidémiologie des addictions en 2015.....	15
b. Epidémiologie de la possession d’animaux de compagnie en 2015.....	16
3- Description des différents modes de soins en addictologie en France.....	17
a. Historique des prises en charge des pathologies addictives.....	17
i. Prise en charge des toxicomanies.....	17
1. Avant les années 90 : le tout résidentiel.....	17
2. Années 90 : politique de réduction des risques.....	17
3. Années 2000 : relativisation de la place du résidentiel.....	18
ii. Prise en charge de l’addiction à l’alcool.....	18
1. Avant les années 70.....	18
2. Années 70.....	18
3. Fin des années 90.....	19
b. Situation actuelle.....	19
i. Soins ambulatoires.....	19
ii. Soins résidentiels.....	20
1. Hôpital.....	21
2. SSRA et CHRSA.....	21
3. Centres Thérapeutiques Résidentiels.....	22
4. Communauté Thérapeutique.....	22
5. Centre d’Accueil d’Urgence et de Transition.....	22
6. Dispositifs de soins résidentiels individuels.....	22
c. Place actuelle du traitement résidentiel et freins évoqués à ce type de soins.....	23
4- Exemples de CTR accueillant les patients accompagnés de leur animal.....	24
a. CTR de Pern, CSAPA Le Peyry, CEIIS, Lot.....	24
i. Présentation de la structure.....	24
ii. Modalités d’accueil des animaux de compagnie.....	25
b. CTR « La ferme Merlet », CEID Addictions, Gironde.....	26
i. Présentation de la structure.....	26
ii. Modalités d’accueil des animaux de compagnie.....	28
iii. Projet d’établissement en avril 2016.....	28
5- Etat des lieux du soin résidentiel des addictions en Région Centre.....	29
a. CSAPA Hébergement – CTR de la Levée (Orléans).....	29
b. Centre Malvau (Amboise).....	29
c. Centre de cure CALME (Illiers Combray).....	30
d. SSR du Centre Hospitalier Pierre Dezarnaulds de Gien.....	31
e. Centre hospitalier Louis Sevestre (La Membrolle sur Choisille).....	31
6- Présentation du Rezo Addictions 41.....	32
a. Présentation générale.....	32
b. Modèle de prise en charge du patient par le Rezo Addictions 41.....	32
c. Les objectifs du Rezo Addictions 41.....	34
d. Intérêt de cette population d’étude.....	34

II-	MATERIELS ET METHODES.....	36
1-	Population étudiée.....	36
2-	Questionnaire.....	39
a.	Élaboration du questionnaire.....	39
b.	Contenu du questionnaire.....	39
3-	Recueil des données.....	40
a.	Distribution et recueil des questionnaires.....	40
b.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	41
4-	Analyse statistique.....	41
5-	Objectif de l'étude.....	42
III-	RESULTATS.....	43
1-	Diagramme de flux.....	43
2-	Données sur les animaux possédés par les patients du Rezo Addictions 41.....	44
a.	Types d'animaux possédés.....	44
b.	Solution de gardiennage pour animaux.....	45
3-	Données de l'échantillon total (N=61).....	46
a.	Données épidémiologiques.....	46
b.	Réponses aux questions sur les soins résidentiels en lien avec la possession d'animaux.....	47
4-	Données du sous-groupe de patient possédant un animal (N=31).....	49
a.	Données épidémiologiques.....	49
b.	Réponses aux questions sur les soins résidentiels en lien avec la possession d'animaux.....	50
c.	Comparaison statistique avec l'échantillon total.....	51
5-	Analyses des données concernant les soins résidentiels selon la possibilité d'accueil des animaux.....	52
a.	Echantillon total (N=61).....	52
b.	Sous-groupe avec animal (N=31).....	53
c.	Sous-groupes présentant une différence significative.....	54
6-	Autres résultats significatifs.....	56
a.	Différences selon l'âge.....	56
b.	Différences selon le sexe.....	56
c.	Différences selon la situation familiale.....	57
d.	Différences selon le nombre de personnes vivant dans le foyer.....	57
e.	Différences selon la possession ou non d'un animal.....	58
f.	Différences selon la connaissance ou non de solution de gardiennage.....	58
IV-	DISCUSSION.....	59
V-	BIBLIOGRAPHIE.....	62
VI-	ANNEXES.....	64

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADAPT : Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment

APLEAT : Association pour l'Écoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

CALME : Centre d'Action et de Libération du Mal être Ethylique

CAUT : Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHA : Centres d'Hygiène Alimentaire

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRSA : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation Addictologique

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

CT : Communautés Thérapeutiques

CTR : Centres Thérapeutiques Résidentiels

ELSA : Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FACCO : Chambre Syndicale des Fabricants d'Aliments Préparés pour Chiens, Chats, Oiseaux et autres Animaux Familiers

FNESAA : Fédération Nationale des Établissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie

IC95 : Intervalle de Confiance à 95%

IJ : Indemnités Journalières

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OR : Odds Ratio

PPS : Plan Personnalisé de Santé

RDR : Réduction Des Risques

RSA : Revenu de Solidarité Active

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

I. INTRODUCTION

1- Avant propos

Plusieurs éléments m'ont encouragé à effectuer ce travail de recherche, qu'ils soient professionnels ou plus personnels.

Tout d'abord, une rencontre avec l'addictologie que j'ai eu la chance de découvrir au cours de mon 2^{ème} semestre d'internat, au sein du Rezo Addictions 41. Les différents professionnels m'ont transmis le goût pour cette discipline et la dimension humaine qu'elle représente. Quant aux patients, leur authenticité et leur profonde souffrance face aux problématiques addictives n'ont fait que renforcer cette attirance envers une population souvent délaissée socialement.

Mon envie d'explorer la difficulté d'accès aux soins engendrée par la possession d'animaux de compagnie est née de plusieurs observations au cours de mon internat.

Au cours de mon 1^{er} semestre en pneumologie au Centre Hospitalier de Blois, un patient atteint d'un cancer pulmonaire nécessitait une hospitalisation pour effectuer sa première chimiothérapie. Il a refusé les soins proposés, préférant rentrer chez lui afin de s'occuper de son chat.

Une patiente suivie en consultation externe d'addictologie au cours de mon 2^{ème} semestre au Rezo Addictions 41, nous a également expliqué le lien très fort qui existait avec son lapin « épileptique ». Ce dernier constituait une des rares sources de satisfaction personnelle chez elle. Comme la plupart des patients souffrant de pathologies addictives, elle présentait une très faible estime d'elle-même. Elle nous expliquait avec fierté que cet animal fragile n'aurait jamais survécu sans elle. Continuer à prendre soin de lui a également été un motif de refus d'hospitalisation.

D'un point de vue plus personnel, j'ai moi-même toujours apprécié la compagnie des animaux, et comprends le lien fort et indissociable entre un maître et son animal.

Par ailleurs, la lecture d'un roman autobiographique a été un élément motivant le choix de ce sujet : *Un chat des rues nommé Bob*, de James Bowen¹. Il relate la vie d'un sans-abri londonien dépendant aux opiacés, dont la rencontre avec un chat errant a changé la vie. L'auteur décrit une relation symbiotique entre ces deux êtres en difficulté, où chacun permet à l'autre de se sortir de sa condition précaire. De nombreuses vidéos des deux compères sont aujourd'hui disponibles sur internet.²

¹ James Bowen, *Un chat des rues nommé Bob*.

² « James Bowen and a Street Cat Named Bob - YouTube ».

2- Données épidémiologiques

a. Epidémiologie des addictions en 2015³

La *figure 2* issue du site internet de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) représente une estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives par l'ensemble de la population française. Les trois tableaux ont été construits à l'aide du Baromètre santé 2014⁴, les enquêtes ESCAPAD 2014⁵, ESPAD 2011⁶ et HBSC 2010⁷.

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)
// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Tableau 2 - Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Effectifs	n = 13 039	n = 1 809	n = 2 271	n = 3 021	n = 3 048	n = 2 890	n = 6 127	n = 6 912
Alcool	95	92	95	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champignons hallucinogènes	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
MDMA/ecstasy	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac suivant l'âge et le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	17	12	14	15	17	24	26	8
Tabac	32	37	36	35	32	20	36	27
Cannabis	3	8	5	3	1	0	5	2

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Figure 2

³ OFDT, « Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues-Consommation ».

⁴ Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 ».

⁵ Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M. et Beck F., « Les drogues à 17 ans – Analyses de l'enquête ESCAPAD 2014 : 15 ans d'observation ».

⁶ Spilka S. et Le Nézet O., « Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011 ».

⁷ Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collègue » ».

Certains constats ressortent de ces estimations. On note tout d'abord l'importance de la consommation d'alcool et de tabac, loin devant les substances illicites. Parmi les substances illicites, le cannabis est largement en tête. La consommation reste en majorité masculine (sauf pour les médicaments psychotropes). Les produits illicites sont plutôt consommés par les jeunes. La variation de consommation d'alcool est proportionnelle à l'âge, au contraire de la consommation tabagique.

b. Epidémiologie de la possession d'animaux de compagnie en 2015⁸

Selon l'enquête menée à l'automne 2014, les animaux de compagnie sont 63 millions en France, et sont présents dans près d'un foyer sur deux.

On dénombre 12,7 millions de chats, 7,3 millions de chiens, 5,8 millions d'oiseaux, 34,2 millions de poissons et 2,8 millions de petits mammifères. (figure 1)

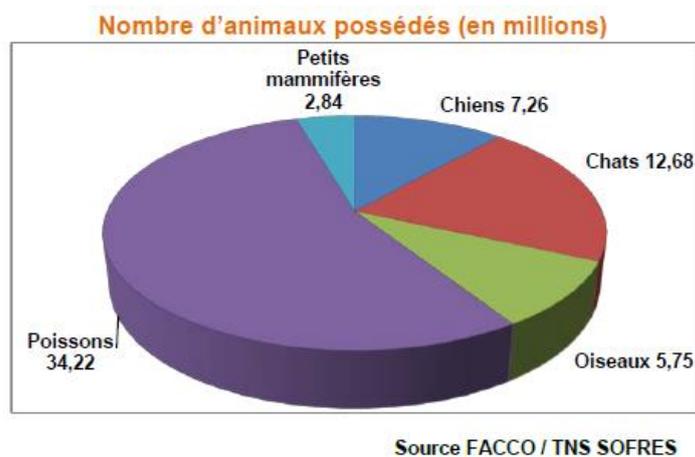


Figure 1

⁸ FACCO - Chambre Syndicale des Fabricants d'Aliments Préparés pour Chiens, Chats, Oiseaux et autres Animaux Familiers, « Nouvelle enquête FACCO / TNS SOFRES ».

3- Description des différents modes de soins en addictologie en France

a. Historique des prises en charge des pathologies addictives

i. Prise en charge des toxicomanies

1. Avant les années 90 : le tout résidentiel

C'est à la fin des années 60, début des années 70 que naît l'idée de traitement résidentiel des pathologies addictives, afin d'éloigner les toxicomanes de leur environnement habituel. La loi du 31 décembre 1970 pose les bases des mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie.⁹

Il s'agit alors de communautés plus ou moins atypiques cherchant à s'approcher du modèle auquel adhère cette jeunesse issue de Mai 68. Le parcours de soin s'inscrit dans un schéma cure/post-cure où les deux temps sont bien distincts.¹⁰

Cette prédominance du traitement résidentiel va rester la norme jusqu'aux années 90. Les structures de soin résidentiel se multiplient tandis que les centres ambulatoires, qui se sont également développés dans les grandes villes, n'ont pas encore vocation au traitement des addictions à proprement parler. « Centrés au départ sur des activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de suivi, ils assurent la préparation puis le relais de la "cure de sevrage" et/ou de la "postcure", les véritables cœurs d'un traitement pensé dans l'unique visée de la "désintoxication" et de l'abstinence. »¹¹

2. Années 90 : politique de réduction des risques (RDR)

La mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés (TSO), en 1995, modifie radicalement l'offre de soins. Cela « va médicaliser les prises en charge et réduire d'autant les indications et la place du traitement résidentiel »¹² et faire des centres ambulatoires des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) avec une nouvelle place thérapeutique. Cette médicalisation de l'addictologie est également en rapport avec l'apparition du SIDA qui contraint les usagers de drogues contaminés à des prises en charges sanitaires.

⁹ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES.

¹⁰ Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et BOULIN, *Circulaire DGS/591/MS1 du 29 mars 1972 relative à l'organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie.*

¹¹ Dr Jean-Michel Delile, « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions ».

¹² Ibid.

3. *Années 2000 : relativisation de la place du résidentiel*

Au début des années 2000 (loi 2002-2), les établissements de prise en charge résidentielle des addictions ont intégré les établissements médico-sociaux, avec financement par l'assurance maladie. La fermeture des centres n'ayant pu ou souhaité s'adapter à cette évolution a eu pour effet une diminution de 30% des capacités d'accueil de patients.

Par ailleurs, « la relativisation de la place du résidentiel va être renforcée par des études mettant en évidence l'absence de preuves d'efficacité supérieure des traitements résidentiels par rapport aux traitements en ambulatoire »¹³

ii. *Prise en charge de l'addiction à l'alcool*

1. *Avant les années 70*

Comme le résume le Dr A. Morel, avant les années 70, « une grande part des initiatives d'entraide auprès des personnes alcooliques proviendra d'initiatives privées, soit d'églises, soit de sociétés de tempérance laïques ou de mouvements d'anciens buveurs. »¹⁴. Il ajoute que la problématique liée à la consommation d'alcool était alors « réputée incurable et rangée parmi les causes de “dégénérescence”. »¹⁵ Il précise, par ailleurs, les soucis éthiques associés, illustrés par l'exemple extrême de l'asile français « pour la séquestration des ivrognes d'habitude »...

2. *Années 70*

Les années 70 voient naître les Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA) pour la prise en charge des problématiques liées à la consommation alcoolique. On remarque la connotation « alimentaire » liée à la culture française de production et consommation de vin. En effet, « les intervenants sont confrontés à la nécessité de “débanaliser” l'attitude sociale face à l'alcool sans stigmatiser un produit totalement intégré dans la culture. »¹⁶

¹³ Ibid.

¹⁴ Dr Alain Morel, « Alcoolologie et intervention en toxicomanie. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement ».

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

3. *Fin des années 90*

Les CHA sont remplacés en 1999¹⁷ par les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) avec une approche plus globale médico-sociale et préventive.

b. Situation actuelle

Trois types de soins sont aujourd'hui envisageables pour les patients souffrant de pathologies addictives : les soins ambulatoires, l'hospitalisation et les centres résidentiels de traitement.

Le choix de l'orientation dépend de plusieurs éléments dont notamment le produit utilisé.

Six axes sont par exemple définis par l'American Society of Addiction Medicine pour aider à l'orientation du patient : intoxication aiguë avec ou sans syndrome de sevrage ; pathologies somatiques associées ; état psychologique et comportemental ; motivation ; risque de rechute ; environnement et ressources.

Un autre outil permet de classer les patients en différentes catégories, orientant le choix de traitement. L'Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT) prend en compte 14 critères quantifiés : signe de tolérance, présence d'un craving, risque de surdosage, conséquences physiques, conséquences psychologiques, trouble de personnalité, compétences relationnelles, auto ou hétéro-agressivité, logement, ressources financières, motivation, élaboration de projet, réseau social, activité professionnelle.¹⁸ (*Cf Annexe I*)

La règle est de définir « le cadre de traitement le moins contraignant et le moins restrictif possible mais capable d'assurer des conditions de sécurité et d'efficacité adaptées aux nécessités de leur état »¹⁹

i. Soins ambulatoires

Ils sont composés de la médecine de ville, avec les médecins généralistes, pouvant s'appuyer sur des réseaux, et de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ambulatoires. Ces CSAPA ont remplacé les CSST et CCAA, démontrant une approche commune du soin des addictions, qui n'est plus scindé entre toxicomanie et alcoolisme. Le Dr Delile considère ces

¹⁷ Décret no 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique.

¹⁸ Marsden et al., « Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT) ».

¹⁹ Dr Jean-Michel Delile, « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions ».

CSAPA ambulatoires comme « le cœur des dispositifs en addictologie par leur capacité à mettre en œuvre une approche globale et un soutien au long cours dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire insérée dans un territoire. »²⁰

Nous ne développerons pas davantage les soins ambulatoires puisque notre travail de thèse concerne les problématiques d'accès aux soins résidentiels essentiellement.

ii. Soins résidentiels

En population générale, le traitement résidentiel des addictions n'a pas d'efficacité supérieure aux soins ambulatoires. Cependant, on note que « pour (les) patients complexes, minoritaires en effectifs mais gros « consommateurs » de soins en ambulatoire (fréquemment et longtemps), soins pourtant peu adaptés à leur situation et donc sans réels bénéfices au long cours, l'approche résidentielle est plus adaptée. »²¹

La *figure 3* schématise les différentes orientations envisageables selon les besoins des patients. Les lieux situés plus à droite du schéma sont adaptés aux problématiques médicales, alors que les lieux situés plus en haut du schéma s'adressent particulièrement aux problématiques sociales.

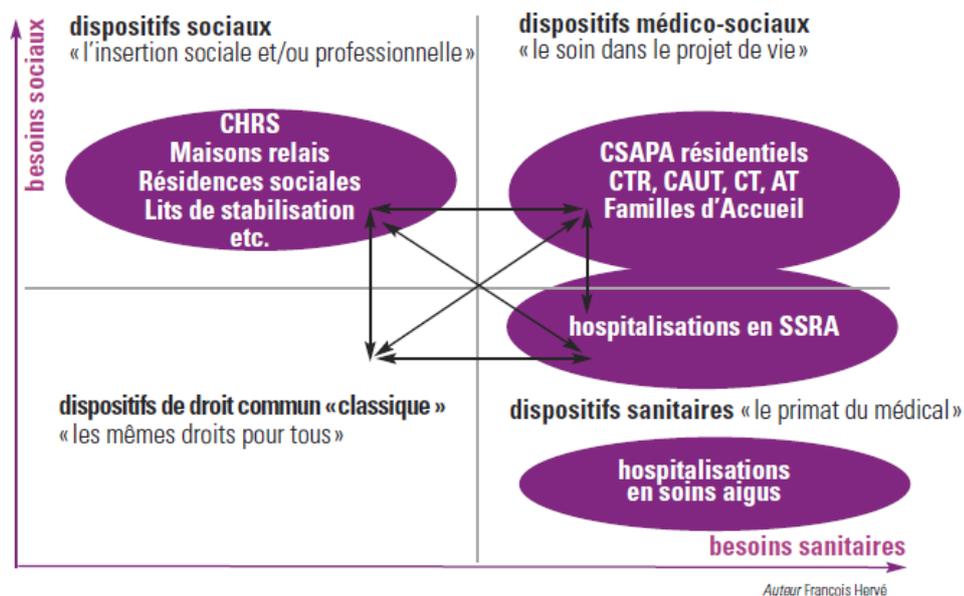


Figure 3

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

1. Hôpital

Plutôt orienté sur les problématiques somatiques, l'hôpital a vocation à prendre en charge les patients au cours d'intoxications aiguës, de sevrages complexes ou lorsque des comorbidités somatiques ou psychiatriques sont présentes.

Les équipes de liaison et de soins en addictologies (ELSA) y jouent un rôle d'accompagnement dans la prise en charge des patients hospitalisés et constituent parfois un premier contact avec le soin addictologique pour les patients.

2. Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) et Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à Orientation Addictologique (CHRSA)

La Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en alcoologie (FNESAA) regroupe 29 établissements soit plus de 1150 lits. Ces anciennes « post-cures » sont composées des SSRA et des CHRSA.

Les CHRSA s'adressent à des personnes de 18 à 65 ans, pouvant être accompagnées d'enfants, atteintes de pathologies addictives avec séquelles physiques, psychiques ou psychopathologiques possibles. Leurs 3 grandes missions envers leurs patients sont d'alimenter, héberger et construire un parcours vers l'autonomie.²²

Les SSRA, comme leur nom le laisse entendre, sont « un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques, après le retour dans le lieu de vie ».²³ Ces SSRA ne proposent pas tous les mêmes types ou durée de prise en charge (du sevrage prolongé durant quatre semaines à des prises en charges médico-psycho-sociales pouvant durer jusqu'à trois mois)

²² FNESAA, « Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation addictologique (C.H.R.S.-A.) ».

FNESAA, « Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation addictologique (C.H.R.S.-A.) ».²³ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ et MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, « Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie ».

3. Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR)

L'annuaire des CTR du site internet de la fédération addiction en référence 34 en 2016 en France mais il en existe 37 selon le rapport national 2015 de l'OFDT. La durée de séjour y est au maximum d'une année. « Une prise en charge globale individualisée, dans une dynamique collective »²⁴ dans un lieu unique, qu'il soit urbain ou rural. La dimension éducative et psychothérapeutique est prépondérante. Il est nécessaire que les patients soient sevrés avant l'entrée dans le CTR.

4. Communauté Thérapeutique (CT)

On compte 11 CT en France en 2013, dont deux en Guyane.²⁵ (Le rapport national 2015 de l'OFDT en déclare 8). Le séjour peut durer jusqu'à deux ans. Le fonctionnement y est basé sur les groupes de résidents-pairs avec une augmentation progressive des responsabilités des résidents au sein de la communauté, au cours du séjour.

5. Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT)

Ils sont au nombre de 4 en France. Comme le sous-entend le terme de « transition », ces centres accueillent les patients pour une courte durée, inférieure à trois mois, en attente de place dans d'autres centres de soins.

6. Dispositifs de soins résidentiels individuels

On retrouve parmi ces dispositifs les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil, hôtels...

²⁴ Dominique Meunier, Responsable « Pratiques professionnelles » fédération addiction, « Les pratiques professionnelles concernant les dispositifs de soin résidentiel du secteur médico-social en addictologie ».

²⁵ Emmanuel Langlois, « Évaluation des communautés thérapeutiques en France- Enquête sociologique sur la mise en oeuvre de deux nouvelles communautés ».

c. Place actuelle du traitement résidentiel et freins évoqués à ce type de soins

Comme nous l'évoquions précédemment, la plupart des soins en addictologie peuvent être effectués en ambulatoire et les études ont révélé une absence de supériorité des soins résidentiels. Néanmoins « les prises en charge en ambulatoire, médecine de ville ou même CSAPA, trouvent leurs limites face à des situations particulièrement lourdes qui imposent des interventions plus intensives et durables. »²⁶ D'autre part, le Dr Delile note quelques situations propices aux soins résidentiels : les mésusages de TSO, les demandes de sevrage sans substitution, les addictions aux psycho-stimulants (du fait d'un manque de thérapeutique) et les polyconsommations.

Les freins aux soins résidentiels des addictions sont multiples et la possession d'animaux de compagnie (plus particulièrement les chiens) semble en être un. En effet « la littérature internationale relève l'intérêt particulier des approches résidentielles vis-à-vis de certains publics spécifiques qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans notre dispositif [...] : personnes présentant des comorbidités psychiatriques, détenus/sortants de prison, femmes enceintes et dyade mère-enfant, adolescents et jeunes « addicts » en errance (avec chiens...) problématiques liées au crack »²⁷

Il convient de constater que « cette diversité des lieux permet de répondre à un panel de besoins et d'adapter les orientations, même si certains facteurs restent un frein : être une femme seule avec un enfant notamment, avoir un ou plusieurs chiens, être mineur, être âgé, etc. »²⁸

Seul deux CTR en France acceptent à ce jour les patients accompagnés de leur animal durant leur séjour.²⁹

Le chapitre suivant, issu de stages d'observation que j'ai effectués dans ces deux structures, décrit leur mode de fonctionnement.

²⁶ Dr Jean-Michel Delile, « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions ».

²⁷ Ibid.

²⁸ Dominique Meunier, Responsable « Pratiques professionnelles » fédération addiction, « Les pratiques professionnelles concernant les dispositifs de soin résidentiel du secteur médico-social en addictologie ».

²⁹ « post-cure et animaux, Drogues Info Service », -.

4- Exemples de CTR accueillant les patients accompagnés de leur animal

a. CTR de Pern, CSAPA Le Peyry, CEIIS, Lot (stage d'observation en juin 2015)

i. Présentation de la structure

L'association CEIIS (Comité d'Etudes et d'Informations pour l'Insertion Sociale), association loi 1901, fut créée en 1973, avec pour objectif d'être au service de la reconquête de l'autonomie physique, affective, sociale et culturelle de personnes en difficultés.

Lors de mon stage, en juin 2015, elle était constituée :

- Du CSAPA Le Peyry
- D'un Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) Paysages du Lot
- D'un Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile (HUDA))
- D'un centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques aux Usagers de Drogues (CAARUD)
- Du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social (CHRS) L'Auberge
- Des Lits Halte Soins Santé 46
- De L'Aide au Logement Temporaire (ALT)
- D'une Maison Relais
- D'Hébergements d'Urgence et de Transition (HUT)
- D'un Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)
- D'un dispositif d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL)
- De Permanences d'Orientation Pénale (POP)

Le CSAPA Le Peyry était, quant à lui, composé notamment :

- De Soins ambulatoires à Cahors et Figeac
- D'appartements thérapeutiques (5 places à Cahors et 3 places à Figeac)
- De familles d'Accueil
- D'une « Maison de Transition », dispositif récemment mis en place.
- Du Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)

Le CTR, situé depuis une dizaine d'années à Pern, était aménagé dans un ancien restaurant routier en bord de nationale. Le bâtiment principal était réaménagé, avec une partie administrative et médicale, une partie commune pour les résidents et les cuisines qui avaient été conservées.

D'autres équipements déjà présents lors de l'installation avaient été conservés, tels que la piscine, le court de tennis, les bungalows individuels pouvant accueillir jusqu'à 15 résidents. L'un d'eux avait simplement été aménagé pour pouvoir accueillir des personnes à mobilité réduite.

L'équipe était en grande majorité éducative. En effet, 3 éducateurs assuraient une présence continue de 7h à 22h avec un changement d'équipe à 14h.

L'équipe sanitaire était composée d'une infirmière présente 4 jours par semaine et de 2 médecins qui représentaient un temps médical de 5 demi-journées par semaine (lundi, jeudi et vendredi après-midi et le mardi toute la journée).

Les arrivées de patients avaient lieu toutes les 4 semaines, le lundi. Le principe des arrivées « groupées » était un élément récemment mis en place, visant à avoir de petits groupes effectuant les différentes étapes de groupes de paroles ensemble. La durée de séjour était de 3 mois.

Le délai moyen entre la demande et l'admission était de 3 mois pour les patients sans animal et 6 mois pour les patients avec animal (avec la construction du nouveau chenil, cette différence de délai devait disparaître).

Le CTR disposait également depuis mars 2011 d'un accueil expérimental de consommateur de crack, avec une population venant de la région parisienne notamment.

ii. Modalités d'accueil des animaux de compagnie

Lors de mon stage, un chenil pouvait accueillir 3 chiens (en l'occurrence, il y en avait 4 lors de ma venue mais 3 appartenaient au même propriétaire). Un nouveau chenil était en cours de préparation, avec 5 places supplémentaires à venir.

Les animaux de compagnie restaient sous la responsabilité de leur maître durant le séjour. Les règles de vie en communauté impliquaient que les animaux soient au chenil la nuit, ne rentrent pas dans les bungalows pour des raisons d'hygiène et circulent dans le parc uniquement tenus en laisse.

La nourriture des animaux restaient à la charge du maître. Il n'était pas demandé aux patients de fournir le carnet de vaccination de leur animal. Concernant ce point, j'ai pu constater que les patients faisaient souvent passer la santé de leur animal avant la leur.

Un dispositif avait été mis en place depuis peu lors de ma venue : la maison de transition. Son objectif était de pallier le manque de structure d'accueil intermédiaire (en terme d'autonomie) entre le CTR et le retour à la vie quotidienne, pour les patients avec animaux de compagnie. En effet, le CSAPA

Le Peyry disposait de familles d'accueil permettant une autonomisation progressive, mais qui ne pouvait recevoir les patients accompagnés de leur animal. La maison de transition pouvait accueillir 3 résidents accompagnés ou non d'animal de compagnie, et bénéficiait de la visite hebdomadaire d'un éducateur afin d'aider dans la gestion de la vie quotidienne.

b. CTR « La ferme Merlet », CEID Addictions, Gironde (stage d'observation en avril 2016)

i. Présentation de la structure

Le Comité d'Études et d'Information sur la Drogue et les addictions (CEID Addictions), association loi 1901, a été fondé en 1972 à Bordeaux.

Lors de ma venue en stage, au mois d'avril 2016, le CEID Addictions comprenait :

- 9 CSAPA Ambulatoires répartis sur la Région Aquitaine : Bordeaux, Arcachon, Libourne, Arès et Barsac en Gironde, Périgueux, Sarlat et Bergerac en Dordogne et Pau dans le Béarn,
- 4 CSAPA résidentiels, associés à une "plateforme hébergement" située à Bordeaux qui centralise les demandes de soins résidentiels et oriente ensuite sur les différentes structures : le service d'appartements thérapeutiques de Bordeaux, le Centre thérapeutique résidentiel de Bègles, la Communauté thérapeutique du Fleuve à Barsac et la Ferme Merlet à Saint Martin de Laye,
- Une consultation jeune consommateur (CJC), baptisée CAAN'abus est présente à Bordeaux, Libourne, Arcachon, Andernos-Les-Bains, Périgueux, Bergerac, Sarlat et Pau,
- 4 CAARUD implantés à Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat,
- le CAARUD mobile à Bordeaux,
- le pôle "Jeunes en errance" à Bordeaux avec un dispositif de logement accueillant les jeunes de 18 à 25 ans accompagnés, si besoin, de leur animal,
- un dispositif d'aide à l'insertion professionnelle baptisé "les Chantiers du Fleuve" à Barsac,
- une consultation spécifique concernant l'addiction aux jeux est proposée à Bordeaux, Libourne et Arcachon.

Le CSAPA La Ferme Merlet, créé en 1978, a intégré l'association CEID-Addictions en 2014. Initialement CHRS, puis CSST en 1993, la structure est devenue CSAPA en 2009.

Lors de mon stage d'observation en avril 2016, la structure était dirigée, depuis 1 an, par M. Gilles Rozsypal.

Elle accueillait 16 résidents majeurs souffrant de problématiques addictives et dont la prise en charge ambulatoire est insuffisante. Le séjour avait une durée de 6 mois renouvelable une fois.

Le site principal de la Ferme Merlet disposait d'un bâtiment administratif et éducatif, d'un centre médical, d'un réfectoire, d'une cuisine et d'un foyer. C'est sur ce site principal que se déroulaient les activités et les soins la journée, en semaine.

Différents sites permettaient l'hébergement des patients le soir et le week-end. Les 16 résidents étaient en effet répartis sur 4 maisons. La première était située sur le site principal de la Ferme Merlet, les 3 autres à l'extérieur (une à Saint Martin de Laye, l'autre à Guitres, la dernière à Lagorce). Cette particularité, favorisant l'autonomie et la responsabilisation des résidents, nécessitait cependant une organisation importante. Le transport des patients (accompagnés de leurs chiens) de l'hébergement au site principal chaque matin, ainsi que le retour aux hébergements à 18h, étaient assez contraignants pour les encadrants. Le projet d'établissement en marche s'apprêtait à faciliter ce point (voir ci-dessous « projet d'établissement »).

L'équipe était composée d'un directeur, une secrétaire comptable, un agent d'entretien, un médecin généraliste, une infirmière, une psychologue, un kinésithérapeute, un intervenant sportif, 3 moniteurs éducateurs, 3 éducateurs spécialisés et 3 moniteurs d'atelier. Un des éducateurs spécialisés s'occupait spécifiquement des problématiques sociales (mise à jour des droits sociaux, papiers d'identités...) et de la gestion de la réinsertion socio-professionnel. Un assistant social intervenait également un jour par semaine.

Les ateliers rythmant la semaine des résidents étaient principalement la cuisine et l'entretien des espaces verts. Deux séances de sports étaient proposées chaque semaine. Un groupe de parole encadré par l'infirmière et la psychologue avait lieu les vendredis matins avec tous les patients.

Les consultations médicales avaient lieu les mercredis. Chaque patient voyait le médecin à son arrivée, et après une semaine de séjour de manière systématique, puis à la demande (des résidents ou du médecin).

La présence d'encadrants était effective jusqu'à 21h, les résidents étant seuls dans leur hébergement de 21h à 8h15 (une astreinte téléphonique 24h/24 complétait cet encadrement).

ii. Modalités d'accueil des animaux de compagnie

Depuis le changement de direction 1 an avant ma venue, la capacité d'accueil avait été augmentée de 2 à 9 chiens. Cette limite de 9 chiens avait été fixée par le directeur mais était encore discutée. En effet, ce nombre maximal de chiens accueillis était lié aux législations concernant les chenils et élevages, dont les réglementations deviennent très conséquentes et contraignantes lorsque l'on atteint le dixième animal hébergé. Cependant, la Ferme Merlet ne pouvait être considéré comme chenil ou élevage, ne pratiquant ni vente ni reproduction, et les animaux étant sous la responsabilité de leurs maîtres qui étaient toujours présents. En avril 2016, le directeur était en attente de confirmation de ce statut de la structure qui allait augurer la possibilité d'augmenter encore le nombre de chiens accueillis.

Concernant la gestion des chiens durant le séjour de leur maître, la politique mise en œuvre était assez différente de celle que j'avais pu observer à Pern. Initialement, l'idée était, comme à Pern, que les chiens restent au chenil la nuit et n'accèdent pas aux hébergements, notamment pour des questions d'hygiène. En l'absence de veilleur la nuit, l'application de cette règle semblait compliquée... En pratique, les résidents mettaient leur chien au chenil lors des ateliers et gardaient leurs chiens auprès d'eux le reste du temps. Les chiens n'étaient pas tolérés dans les bâtiments du site principal, mais dormaient avec leurs maîtres dans les hébergements. L'observation issue de cette « tolérance » était que l'attitude et les comportements des chiens évoluaient énormément durant leur séjour. Ces chiens habitués à des conditions précaires, souvent à la vie dans la rue et au rôle de protection du maître qu'elle implique, découvraient une nouvelle dimension sociale et adaptaient leurs comportements. Cela semblait une part importante dans l'optique de changement de vie des patients, un chien avec des habitudes « de rue » pouvant constituer par exemple un obstacle majeure à l'obtention d'un logement.

iii. Projet d'établissement en avril 2016

La Ferme Merlet était, en avril 2016, à l'aube d'un changement majeur. Dans les mois à venir, un chantier allait débiter sur le site principal afin de pouvoir y héberger l'intégralité des patients. Le bâtiment comportera des studios individuels et quelques F2 pouvant notamment accueillir des dyades mère-enfant. Cela permettra une facilité d'organisation, ne nécessitant plus d'hébergement extérieur des patients et supprimant les modalités contraignantes de transports que nous avons déjà évoquées.

Concernant l'accueil des chiens (sous réserve que leur nombre puisse bien être supérieur à 9), leur nombre va pouvoir augmenter, le transport des résidents avec leurs chiens vers les lieux d'hébergement extérieur étant jusqu'alors un facteur limitant. La politique de gestion des chiens restera, a priori, la même, avec un accès possible aux hébergements, et ce, dans le but de changement de comportement du chien explicité précédemment.

5- Etat des lieux du soin résidentiel des addictions en Région Centre

Ce paragraphe détaille les lieux de soins résidentiels en Région Centre référencés, en février 2016, sur le site drogues-info-service.³⁰

a. CSAPA Hébergement – CTR de la Levée (Orléans)³¹

L'Association pour l'Écoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies (APLEAT) est issue d'une mobilisation de parents à la fin des années 70, pour aider les jeunes toxicomanes et leurs familles sur Orléans, dans le Loiret.

Elle porte différentes structures sur la ville d'Orléans :

- un service de prévention formation et recherche,
- le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) « Sacados »,
- deux CSAPA ambulatoires, « Sainte Anne » pour les adultes à partir de 23 ans et « La station » pour les moins de 23 ans,
- un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique,
- le CSAPA hébergement « La levée ».

Le CTR « La levée » dispose de 14 places mixtes, s'adressant à un public majeur, à l'issue d'un sevrage hospitalier. Il propose une prise en charge socio-éducative et médico-psychologique ainsi que des activités collectives artistiques et corporelles.

b. Centre Malvau (Amboise)³²

Le Centre Malvau a été créé en 1962 par une association reconnue d'utilité publique : La Santé de la Famille des Chemins de Fer Français. Il s'agit d'un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Il peut accueillir 62 patients, hommes ou femmes. La durée de séjour est de 6 semaines ou 3 mois. L'équipe médico-éducative est composée de 7 moniteurs et éducateurs, 6 infirmières de jour, 2 infirmières de nuit, 1 médecin-chef addictologue et 2 médecins généralistes.

³⁰ « Adresses utiles Région Centre ».

³¹ « Site internet "Association pour l'Écoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies" ».

³² « Site internet du Centre Malvau ».

Il est à noter qu'une intervention a eu lieu le 25 octobre 2015 au Centre Malvau : des chiens au Centre Malvau.

Monsieur PAPOUIN Pascal moniteur éducateur au Centre Malvau, et salarié depuis bientôt 30 ans, organise sur son temps libre des interventions (la recherche utilitaire et les chiens visiteurs) pour les patients.

Sa passion pour les chiens lui permet de faire découvrir aux patients volontaires :

- 1. La recherche utilitaire : technique de recherche qui permet au chien de retrouver dans un vaste espace les personnes disparues ou égarées (fugues, chercheurs de champignons, personnes atteintes d'Alzheimer...). Pour les chiens et le maître il s'agit d'un espace d'entraînement, les patients participent soit en qualité de spectateur soit en qualité de victime.*
- 2. Les chiens visiteurs : Monsieur PAPOUIN et son chien possèdent un certificat d'aptitude à la fonction de chien visiteur, ils rendent visite à des patients dans les maisons de retraite du secteur. Au Centre Malvau, il a fait découvrir cette approche à quelques patients et certains malgré leur crainte de l'animal n'ont pas hésité à toucher le chien.³³*

c. Centre de cure CALME = Centre d'Action et de Libération du Mal être Ethylique (Illiers Combray)³⁴

Le CALME est un SSRA pouvant accueillir 43 patients, hommes ou femmes. Il est situé à Illiers Combray en Eure-et-Loir.

Il dispose de 3 médecins généralistes addictologues, 8 infirmières, 4 psychologues, 5 secrétaires, 8 personnels d'hôtellerie, 1 pharmacien, 1 responsable de la qualité et 1 agent d'entretien.

Le séjour dure un mois et peut-être prolongé de deux semaines.

Le sevrage peut y être effectué.

³³ « Des chiens au Centre Malvau ».

³⁴ « Site internet du CALME ».

d. SSR du Centre Hospitalier Pierre Dezarnaulds de Gien³⁵

Le SSR du Centre Hospitalier de Gien dans le Loiret dispose de 36 lits dédiés à la rééducation post-chirurgicale, aux convalescences et aux prises en charge en alcoologie.

e. Centre hospitalier Louis Sevestre (La Membrolle sur Choisille)³⁶

Créé en 1961, le Centre Hospitalier Louis Sevestre est un SSRA situé à La Membrolle sur Choisille, en Indre et Loire. Sa capacité d'accueil est de 140 patients majeurs, hommes ou femmes. Cinq lits sont réservés aux parents accompagnés d'un enfant de 3 mois à 6 ans. La durée de séjour y est de 60 jours en moyenne, pour une durée conseillée de 90 jours. Le sevrage peut y être effectué.

Son équipe pluridisciplinaire est composée notamment de 6 médecins (3 médecins titulaires d'une capacité en addictologie, 2 psychiatres et 1 médecin détaché pour l'ELSA), d'une présence paramédicale permanente, d'une équipe socio-éducative et de psychologues.

³⁵ « Site internet Centre Hospitalier Gien ».

³⁶ « Site internet du Centre Hospitalier Louis Sevestre ».

6- Présentation du Rezo Addictions 41

a. Présentation générale

Le Rezo Addictions 41 est un réseau de coordination des soins addictologiques et de soutien à la médecine générale dans le département du Loir-et-Cher. Porté par une association représentée par 60% des médecins généralistes du 41 (MGADDOC), le Rezo Addictions 41 propose depuis 2003 un travail en réseau entre médecins généralistes, équipe mobile infirmière et expertise d'un médecin addictologue.³⁷

Le Rezo addictions 41 est composé d'un médecin addictologue, de deux infirmières coordinatrices des soins, d'un coordinateur administratif et d'une secrétaire.

Ce dispositif s'adresse principalement aux situations complexes, avec des répercussions sociales, psychologiques, judiciaires ou encore somatiques de leur problématique addictive. Après analyse de la demande par le médecin addictologue, sont inclus dans le Rezo addictions 41 les patients dont « l'addiction a au moins des répercussions dans deux des champs suivants : biomédicale, psychologique, sociale, judiciaire ; ce qui signifie qu'au moins deux intervenants de deux institutions différentes doivent travailler ensemble »³⁸

b. Modèle de prise en charge du patient par le Rezo Addictions 41

L'inclusion d'un patient se fait par simple demande en ligne, sur le site internet du Rezo Addictions 41. Elle peut être effectuée par un professionnel sanitaire ou social, par un proche, par le patient lui-même, en remplissant le formulaire de demande d'inclusion (*Cf Annexe 2*).

Les informations à fournir sont les suivantes : Nom et coordonnées téléphoniques du demandeur d'inclusion, les nom et prénom du patient, son âge et sa date de naissance, ses coordonnées téléphoniques et postales, l'existence ou non de personne soutien, ses ressources, sa couverture sociale, son autonomie de déplacement, les nom et coordonnées téléphoniques de son médecin traitant, ses antécédents personnels et familiaux, son diagnostic addictologique, les conséquences des conduites addictives, en précisant ses attentes de la part du professionnel du réseau.

³⁷ « Présentation du Rezo Addictions 41 ».

³⁸ SCHOLTES, « Réunion de synthèse dans le cadre du Rézo Addictions 41 : moteur du changement des représentations des Médecins Généralistes ».

A la demande d'inclusion, le médecin addictologue contacte le patient et les différents professionnels médico-sociaux afin de préciser les problématiques du patient. L'infirmière du Rezo rencontre ensuite le patient à son domicile ou dans un autre lieu de son choix. A la suite de ce bilan médico-psycho-social est rédigé un Plan Personnalisé de Santé (PPS) soumis à la validation du patient.

La coordination entre les différents professionnels médico-sociaux est ensuite organisée par les infirmières du Rezo, afin de ne pas laisser seuls les médecins généralistes devant la complexité des conséquences des conduites addictives.

« La perte de l'emploi, le divorce, l'isolement, la précarité, l'exclusion sont des répercussions courantes chez ces patients et il est maintenant bien établi qu'il faut actionner plusieurs leviers de façon coordonnée si l'on veut donner du sens à la prise en charge. »³⁹

« Le Rezo Addictions 41 a gardé l'esprit et les objectifs du premier réseau informel. Son champ d'actions départemental a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge des personnes en difficultés avec les conduites addictives ainsi que leur entourage sur le Loir et Cher. Il assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins, de la réinsertion dans le cadre d'actions de santé publique. »⁴⁰

Des réunions de synthèse sont régulièrement organisées. Sont conviés le patient et l'ensemble des professionnels concernés par sa situation (médecin généraliste, assistante sociale, psychologue, pharmacien, médecin spécialiste, infirmière du Rezo, médecin addictologue du Rezo, ...) A l'issue de ces réunions sont rédigés des comptes-rendus, transmis à l'ensemble des professionnels après validation par le patient.

³⁹ « Présentation du Rezo Addictions 41 ».

⁴⁰ Ibid.

c. Les objectifs du Rezo Addictions 41

Les objectifs du Rezo Addictions 41 sont les suivants :

- *Répondre aux difficultés des partenaires devant des situations complexes :*
 - *Permettre au médecin une approche médicale plus ciblée, le déchargeant des problèmes sociaux et psychologiques spécifiques*
 - *Elaborer avec le patient dans son environnement un ou des projets de soins*
 - *Améliorer la communication avec les acteurs spécialisés accompagnant le patient et/ou sa famille*
 - *Coordonner les soins autour du médecin généraliste*
 - *Avoir une expertise médicale addictologique*
 - *Faciliter les possibilités d'hospitalisations programmées de proximité.*
 - *Faciliter le montage de dossier SSR (cure ou post-cure) en connaissance des spécificités de chaque lieu*
 - *Permettre au patient isolé, sans possibilité de déplacement, un soin spécialisé de proximité dans le parcours coordonné.*
- *Répondre à la demande de formation des médecins généralistes et de tous les professionnels et/ou bénévoles des champs médico-psycho-sociaux*
- *Améliorer l'accès aux soins par bassin géographique*
- *Améliorer et coordonner la prévention sur le département.*⁴¹

d. Intérêt de cette population d'étude

Comme nous l'avons signifié dans la 2^{ème} partie de cette introduction, la plupart des problématiques addictives nécessite une prise en charge exclusivement ambulatoire.

Néanmoins, pour une minorité de patients, dans des situations plus complexes, les soins résidentiels sont parfois indiqués. Il était important, pour explorer notre question de thèse, d'étudier une population pour laquelle une prise en charge ambulatoire peut s'avérer insuffisante.

Les critères d'inclusions des patients dans le Rezo Addictions 41, développés dans cette partie, font de ces patients une population « candidate » aux soins résidentiels. Il s'agit de patients dont les problématiques addictives s'accompagnent de plusieurs complications dans différents champs (médical, social, judiciaire ou encore psychologique), rendant le soin ambulatoire souvent insuffisant.

Il nous a donc paru pertinent de questionner les patients du Rezo Addictions 41 afin d'explorer un potentiel frein aux soins résidentiels.

⁴¹ Ibid.

En 2016, la France ne compte que deux centres de soins résidentiels en addictologie accueillant les patients avec leur animal, assez éloignés de la Région Centre-Val de Loire.

Notre hypothèse était que l'absence de telles structures, en Région Centre, engendrait une perte de chance dans la prise en charge des patients du Rezo Addictions 41.

L'objectif de notre étude était de démontrer qu'une demande de ce type de soins existait dans cette population.

II- MATERIELS ET METHODES

1- Population étudiée

Au regard des indications du soin résidentiel des addictions développées dans notre introduction, nous avons décidé de réaliser notre étude sur les patients inclus dans le Rezo Addictions 41. Les différentes caractéristiques de cette population, détaillées dans ce chapitre, sont issues du rapport d'activité 2015 du Rezo Addictions 41.⁴²

En 2015, le Rezo Addictions 41 comptait 462 patients, répartis géographiquement dans les différentes vallées du Loir-et-Cher selon les effectifs résumés dans la *figure 4*.

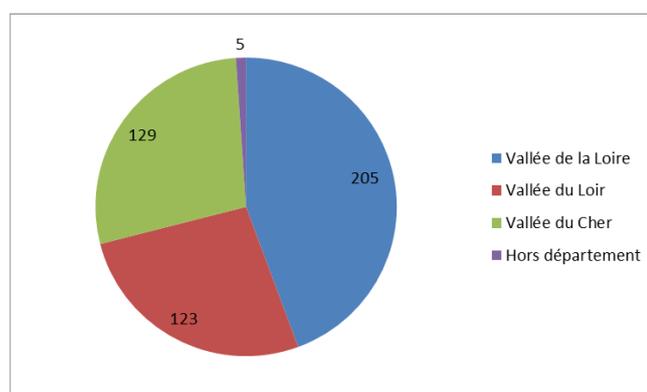


Figure 4

Le ratio femme/homme était d'une femme pour deux hommes. (*figure 5*)

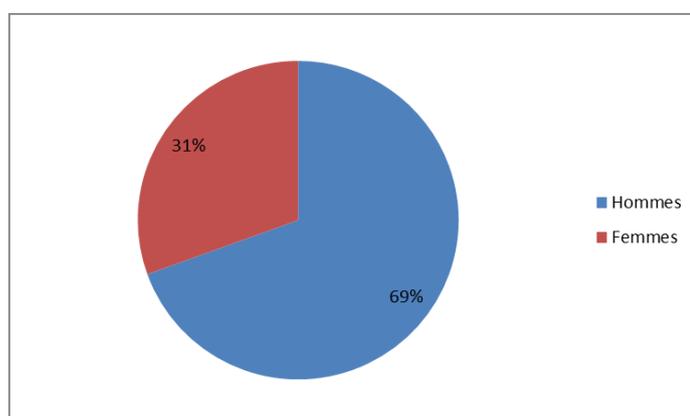


Figure 5

⁴² « Rapport d'activité 2015 du Rezo Addictions 41 ».

L'âge des patients inclus dans le Rezo Addictions est représenté sur la *figure 6* et montre un pic entre 40 et 49 ans.

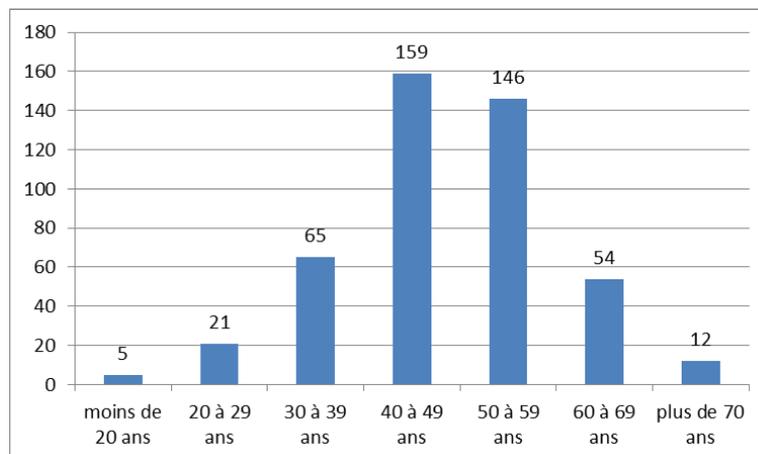


Figure 6

Le statut professionnel de 424 des 462 patients du Rezo était connu : deux tiers étaient sans activité (282) pour 96 en activité et 46 retraités. (*figure 7*)

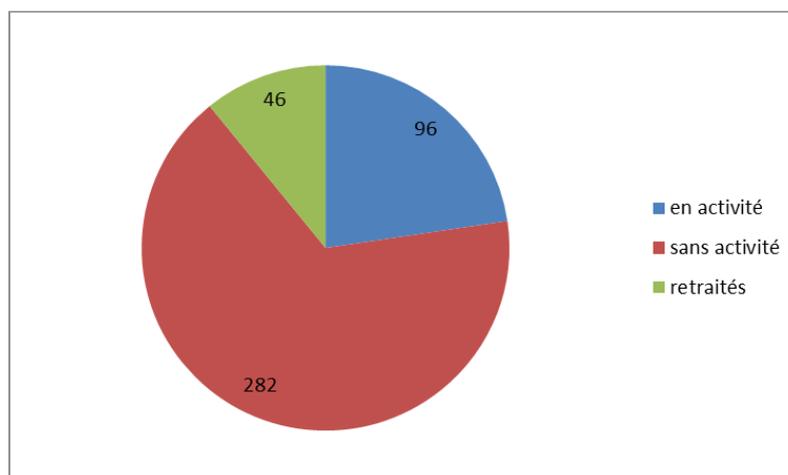


Figure 7

Pour ce qui est des ressources (connues pour 421 patients), 21% percevait un salaire, 29% touchait le Revenu de Solidarité Active (RSA), le reste étant divisé entre Allocation Adulte Handicapé (AAH) (15%), retraite (10%), pôle emploi (11%), indemnités journalières (IJ) (4%) et pension d'invalidité (6%). 4% n'avait aucune ressource. (*figure 8*)

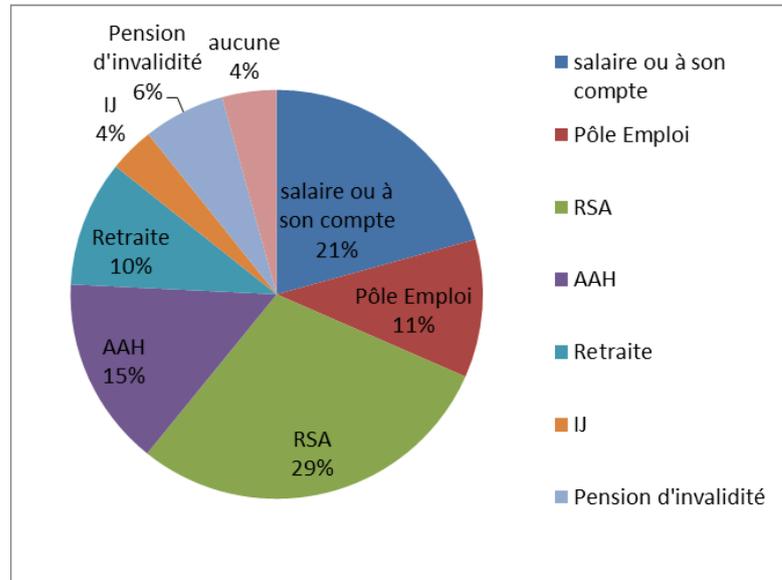


Figure 8

L'addiction à l'alcool représentait la grande majorité des problématiques des patients inclus. 27% des patients présentant une polyaddiction, à savoir l'addiction à au moins 2 produits ou comportements hors tabac. (les effectifs en fonction des types d'addiction sont résumés par la *figure 9*)

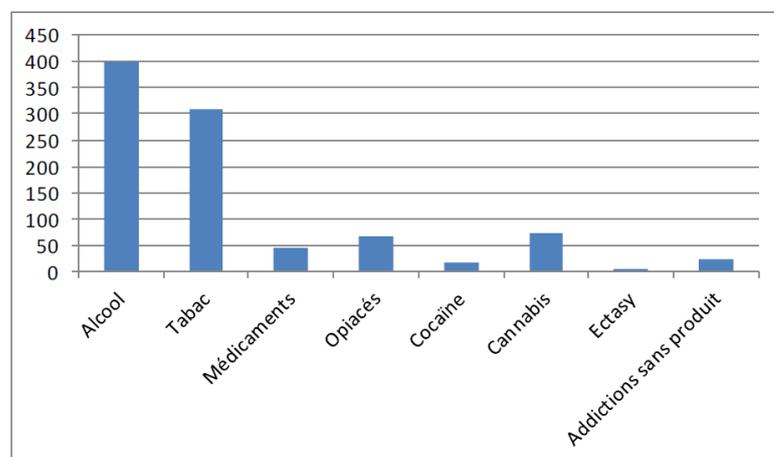


Figure 9

2- Questionnaire (Cf Annexe 3)

a. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire que nous avons soumis aux patients du Rezo Addictions 41 a été élaboré durant l'été 2015, modifié à plusieurs reprises avant d'obtenir la version finale. Certaines modifications ont été effectuées sur les conseils du Dr Paul Brunault, psychiatre au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours et responsable du suivi pédagogique du Diplôme Inter-Universitaire d'Addictologie.

Nous avons opté pour un questionnaire relativement court, constitué essentiellement de questions fermées (avec réponse à choix simple principalement) afin d'avoir un maximum de réponses et de faciliter leur analyse.

b. Contenu du questionnaire

Le questionnaire comporte 12 questions et une plage de commentaires libres.

Les 4 premières questions et la 7^{ème} sont épidémiologiques :

- La première question interroge le patient sur son âge,
- La seconde porte sur le sexe du patient,
- La troisième explore la situation familiale du patient et propose 5 réponses différentes : « marié », « en concubinage », « célibataire », « veuf » ou « divorcé »,
- La quatrième recherche le nombre de personnes vivant avec le patient : « aucune », « une » ou « deux et plus »,
- La septième concerne la possession d'animaux de compagnie. Pour les patients répondant par l'affirmative, une question subsidiaire les invite à préciser le nombre et le type d'animal (« chien », « chat » ou « autre », à préciser).

Deux questions s'intéressent au profil addictologique :

- La cinquième question concerne le type de problématique addictive, avec plusieurs réponses possibles parmi : « alcool », « cannabis », « tabac », « cocaïne », « opiacés » ou « autre », à préciser,
- La sixième question recherche les antécédents de séjour en soins résidentiels en addictologie.

Les questions suivantes explorent le lien entre soins résidentiels et animal de compagnie. Pour chacune, les réponses « oui », « non » ou « sans opinion » sont proposées (pour les patients ne possédant pas d'animal de compagnie, une consigne leur propose de répondre à ces questions comme s'ils en possédaient un) :

- La huitième question demande au patient s'il considère que l'animal de compagnie constitue un obstacle aux soins résidentiels,
- La neuvième question recherche un éventuel antécédent de refus de soin lié à un animal,
- Les dixième et onzième questions demandent au patient s'il se sentirait prêt à effectuer un séjour en centre de soins résidentiels en se séparant de son animal de compagnie (question 10) ou en étant accompagné de son animal (question 11),
- La douzième et dernière question interroge le patient sur l'existence de solutions pour la garde de son animal durant un soin résidentiel et de préciser lequel éventuellement.

3- Recueil des données

a. Distribution et recueil des questionnaires

En théorie, selon le document « consentement et charte du patient » (*Cf Annexe 4*), les patients du Rezo Addictions 41 reçoivent par voie postale, tous les 3 mois, un questionnaire de qualité de vie accompagné d'une enveloppe timbrée destinée à son retour. Ce consentement, signé par les patients, les engage à renvoyer ce questionnaire. Est précisé qu'en absence de retour du questionnaire, après deux relances par courrier, le patient est considéré comme sorti du Rezo Addictions 41.

En pratique, le questionnaire de qualité de vie est soumis au patient lors de son inclusion, rempli avec l'aide de l'infirmière du Rezo lors de sa première visite. Il est ensuite envoyé, par courrier, 3 mois après l'inclusion. En cas de non-réponse, l'attitude du Rezo est plus souple que ne le prévoit la charte, avec une gestion au cas par cas. Certains le remplissent à chaque visite de l'infirmière à son domicile par exemple.

Nous avons pu utiliser ce dispositif afin de récolter les données de notre étude. Notre questionnaire de thèse a été ajouté à l'envoi du questionnaire de qualité de vie. Un courrier expliquant notre démarche a également été ajouté dans l'enveloppe (*Cf Annexe 5*). Il précisait le caractère anonyme de cette étude, et l'expression « structures de soins en addictologie » y était notamment explicitée.

Le questionnaire de thèse n'a été envoyé qu'aux patients recevant le questionnaire de qualité de vie par courrier, à partir du mois d'Août 2015.

Grâce à la collaboration de Madame Élodie COLAS, secrétaire du Rezo Addictions 41, toutes les réponses reçues ont été scannées et m'ont été transférées par courrier électronique. Ceci a permis de collecter les données dans un tableur à mesure que les questionnaires étaient renvoyés par les patients.

b. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les questionnaires reçus entre le 12 août 2015 et le 15 février 2016 ont été initialement inclus.

3 critères d'exclusion ont été retenus après analyse de ces données :

- Absence de réponse à une ou plusieurs questions,
- Plusieurs réponses à une question à choix simple,
- Questionnaire rempli à la place du patient par son conjoint.

4- Analyse statistique

Les données ont été collectées dans un tableur Excel. Nous avons également utilisé ce logiciel pour le calcul des effectifs et des pourcentages pour chacune des réponses au questionnaire.

Le site internet biostaTGV⁴³ a été utilisé pour différentes analyses :

- Analyse de la variable âge avec détermination des moyennes, médianes et écarts-type.
- Réalisation des tests de χ^2 (avec correction de Yates lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 dans le cas de χ^2 à 2*2 cases).

Ont été considérées comme significatives des différences statistiques avec une valeur de $p \leq 0,05$.

Le site internet du Docteur Aly Abbara⁴⁴ a été utilisé pour le calcul de l'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95% (IC95), selon la méthode de Miettinen.

Pour les analyses en sous-groupe, certaines catégories regroupant différentes réponses ont été créées :

- Pour l'âge : « moins de 50 ans » et « à partir de 50 ans »
- Pour la situation familiale : « en couple » (regroupant marié et en concubinage) et « non en couple » (regroupant célibataires, veufs et divorcés)

⁴³ Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMR S 1136, affilié à l'INSERM et l'Université Pierre et Marie Curie, « BiostaTGV ».

⁴⁴ « Outil statistique de calcul de Khi carre, risque relatif, Odds Ratio et intervalle de confiance ».

- Pour les personnes vivant dans le foyer : « seul » ou « non seul » (regroupant les réponses « une personne » et « deux personnes ou plus »)

5- Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était de rechercher une éventuelle association entre la possibilité d'accueil des animaux, dans les centres de soins résidentiels en addictologie, et la volonté des patients à aller vers ce type de soins. Notre hypothèse était que les patients seraient plus enclins à effectuer un séjour en soins résidentiels si leur animal de compagnie pouvait les y accompagner.

Nous avons donc cherché à démontrer, chez les patients du Rezo Addictions 41, une différence d'intérêt à aller vers du soin résidentiel, en fonction de l'accueil ou non des animaux dans ces structures. Les dixième et onzième questions du questionnaire étaient proposées aux patients dans ce but. En effet, elles exploraient l'intérêt des patients à aller vers du soin résidentiel, soit en se séparant de son animal durant le séjour, soit accompagné de ce dernier.

Notre hypothèse était que les réponses à ces deux questions présentaient une différence statistiquement significative.

III- RESULTATS

1- Diagramme de flux (figure 10)

152 questionnaires ont été envoyés aux patients du Rezo Addictions 41.

73 réponses ont été retournées entre le 12 août 2015 et le 25 janvier 2016.

Parmi ces retours, 12 ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 8 contenaient une ou plusieurs questions sans réponse.
- 3 contenaient plusieurs réponses à une question à choix simple (« oui » ET « non » par exemple)
- 1 avait été rempli par le conjoint du patient inclus (le commentaire libre en fin de questionnaire en faisait mention).

L'analyse statistique a été effectuée dans un premier temps sur les réponses des 61 questionnaires conservés (l'annexe 6 regroupe les réponses des questionnaires analysés), puis sur le sous-groupe de 31 patients qui possédaient un animal de compagnie et sur différents sous-groupes déterminés par les réponses aux questionnaires.

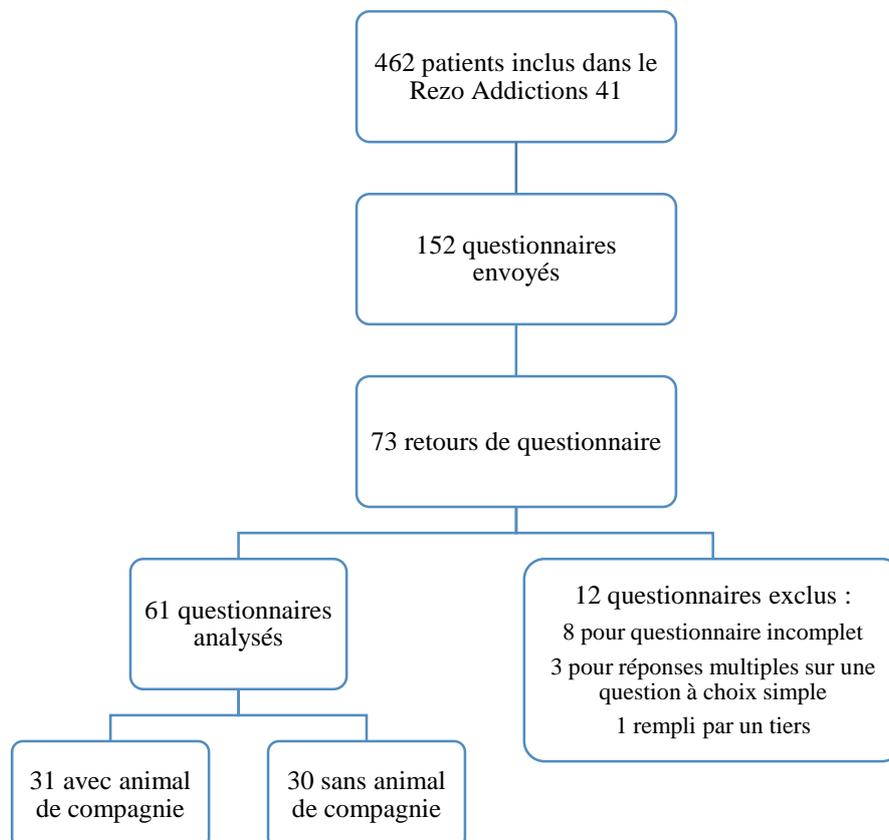


Figure 10

2- Données sur les animaux possédés par les patients du Rezo Addictions 41

a. Types d'animaux possédés

23 patients possédaient un ou plusieurs chats, ce qui représente 74,2% des patients avec animal (37,7% de l'échantillon total). Pour les 16 patients qui l'ont précisé, le nombre moyen de chats possédés était de 1,69.

13 patients possédaient un chien, soit 41,9% des patients avec animal (21,3% de l'échantillon total). Les 7 patients l'ayant précisé possédaient tous 1 chien.

7 patients (22,6% des patients avec animal, et 11,5% de l'échantillon total) possédaient un autre type d'animal de compagnie, parmi lesquels ont été cités : lapin, hamster, poissons, basse-cour, chèvre...

Ces résultats sont résumés dans la *figure 11*.

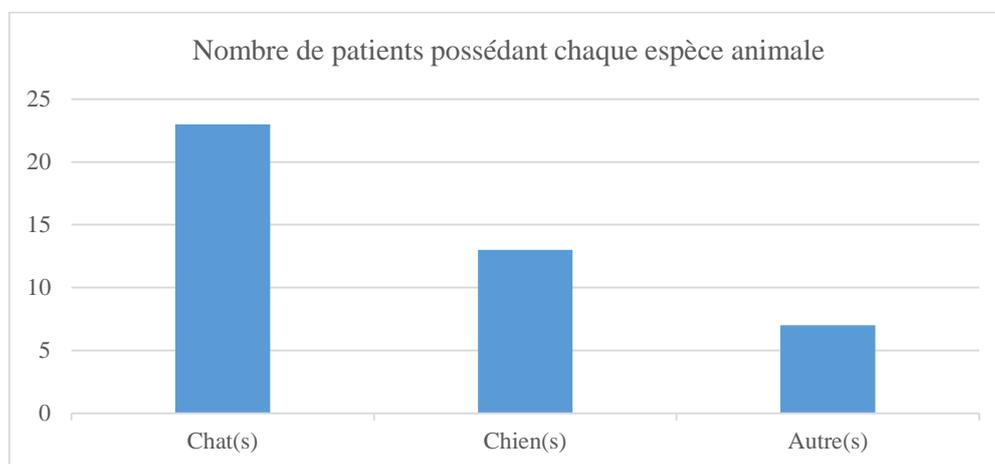


Figure 11

9 patients possédaient chat(s) et chien(s), soit 29% des patients avec animal (14,8% de l'échantillon total)

24 patients ont précisé le nombre total d'animaux qu'ils possédaient. Ce nombre était situé entre 1 et 230, pour une moyenne à 12,9 animaux par patient et une médiane à 1 (l'écart-type était à 48,7).

Nous avons décidé d'étudier ce nombre d'animaux possédés en retirant deux questionnaires : le premier déclarait 20 animaux en précisant qu'il s'agissait d'une basse-cour, le second déclarait une multitude d'espèces animales différentes et en dénombrait 230. Les 22 questionnaires restants nous donnaient un nombre d'animal par patient situé entre 1 et 4, pour une moyenne à 1,7 et une médiane à 1 (l'écart-type était de 1,08).

b. Solution de gardiennage pour animaux

En cas de nécessité de soins résidentiels, six modes de gardiennage pour leur animal ont été cités par les patients (quatre ont été regroupés dans la classe « milieu familial »).

Ces résultats sont représentés par la *figure 12*.

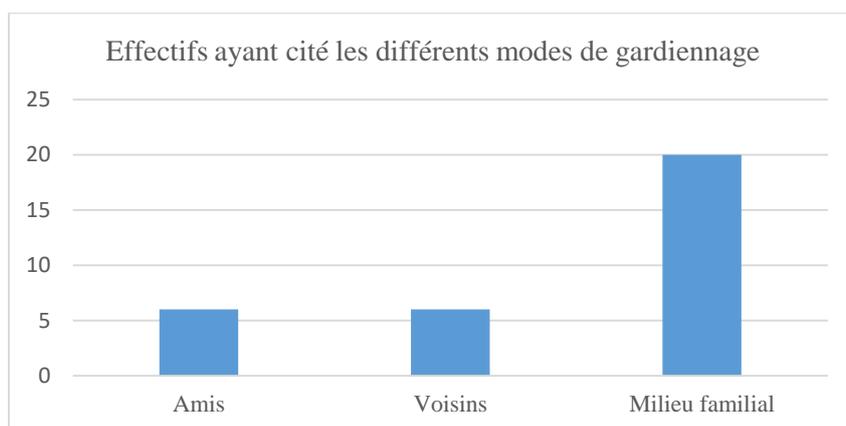


Figure 12

Les « amis » et les « voisins » ont été cités 6 fois chacun.

Le milieu familial a été cité 20 fois selon 4 catégories représentées en *figure 13* :

- Le terme de « famille » (sans précision) a été évoqué 7 fois ;
- Le « conjoint » 6 fois ;
- Les « enfants » 4 fois ;
- Les « parents » 3 fois.

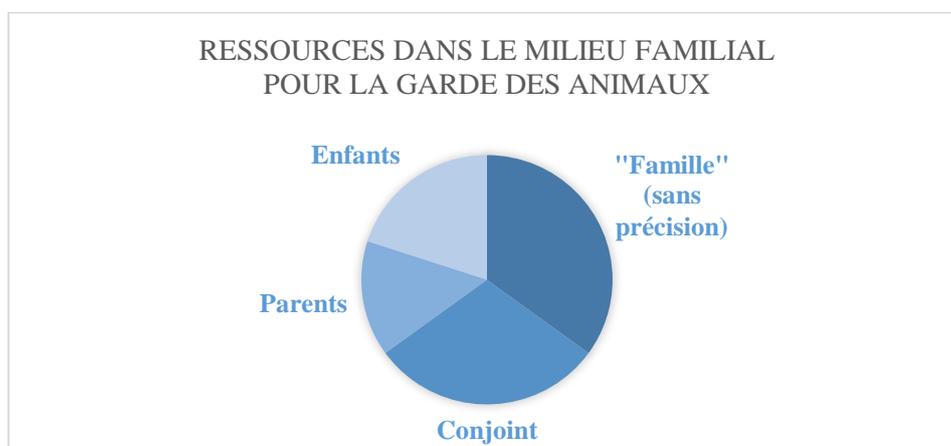


Figure 13

3- Données de l'échantillon total (N=61)

a. Données épidémiologiques

L'âge des patients se situait entre 26 et 74 ans, avec une moyenne à 49,4 ans, une médiane à 49 ans et un écart-type à 9,1 ans. La *figure 14* représente la répartition, par tranche d'âge, de notre échantillon.

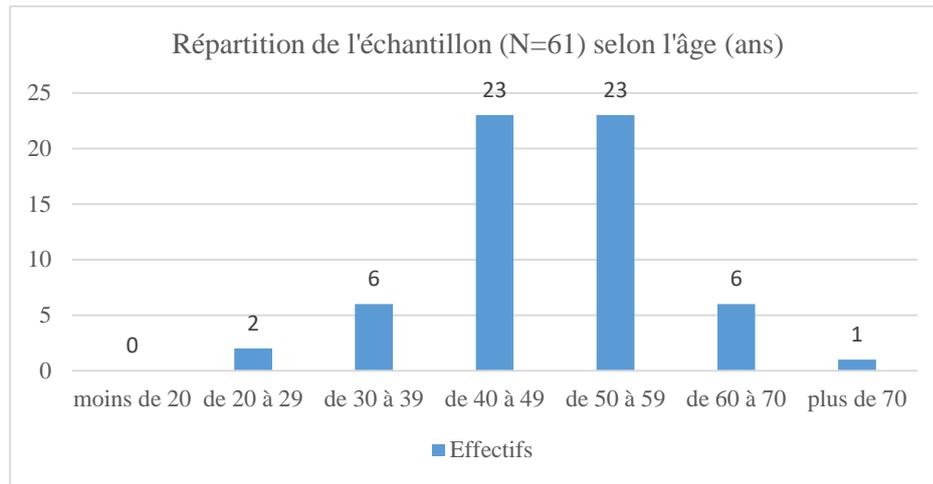


Figure 14

Dans notre échantillon de 61 patients :

- On retrouvait une proportion masculine à 64% (39 hommes pour 22 femmes),
- 43 patients (70,5%) déclaraient vivre seuls,
- L'alcool était en tête des problématiques addictives déclarées, avec 53 patients concernés (86,9%),
- 8 patients (13,1%) correspondaient aux critères de polyaddiction (avec au moins 2 substances ou comportements problématiques, hors tabac).
- 40 patients (65,6%) avaient déjà effectué un séjour dans une structure de soins résidentiels en addictologie.
- 31 patients (50,8%) possédaient un ou plusieurs animaux de compagnie.

Le *tableau 1* résume les caractéristiques de notre échantillon de 61 patients.

Tableau 1 Données épidémiologiques de l'échantillon (N = 61)

		Effectif	(%)
Sexe	Masculin	39	(64)
	Féminin	22	(36)
Situation familiale	Marié(e)	8	(13,1)
	Concubinage	5	(8,2)
	Célibataire	26	(42,6)
	Veuf(ve)	1	(1,6)
	Divorcé	21	(34,5)
Autres personnes vivant dans le foyer	Aucune	43	(70,5)
	1	4	(6,5)
	2 ou plus	14	(23)
Type d'addiction	Alcool	53	(86,9)
	Cannabis	5	(8,2)
	Tabac	10	(16,4)
	Cocaïne	4	(6,6)
	Opiacés	4	(6,6)
	Autre	6	(9,8)
Antécédents de soins résidentiels	Oui	40	(65,6)
	Non	21	(34,4)
Possession d'animaux de compagnie	Oui	31	(50,8)
	Non	30	(49,2)

b. Réponses aux questions sur les soins résidentiels en lien avec la possession d'animaux (tableau 2)

L'analyse des questionnaires montre que pour la moitié des patients (31 soit 50,8%), la possession d'un animal de compagnie constituait un obstacle aux soins résidentiels en addictologie.

11 patients (18%) avaient déjà refusé une hospitalisation ou une admission en structure de soins afin de prendre soin de leur animal.

Concernant l'existence de solutions pour faire garder son animal en cas d'hospitalisation ou d'admission en structure de soins : 29 (47,5%) en connaissaient une, 19 (31,2%) n'en avaient pas et 13 (21,3%) étaient sans opinion.

Tableau 2 Réponses de l'échantillon concernant les soins résidentiels en lien avec la possession d'un animal (N = 61)

		Effectif	(%)
Animal vu comme un obstacle aux soins résidentiels	Oui	31	(50,8)
	Non	19	(31,2)
	NSPP	11	(18)
Antécédent de refus de soins lié à un animal	Oui	11	(18)
	Non	42	(68,9)
	NSPP	8	(13,1)
Connaissance de solution de gardiennage pour son animal	Oui	29	(47,5)
	Non	19	(31,2)
	NSPP	13	(21,3)

NSPP : Ne se prononce pas.

4- Données du sous-groupe de patient possédant un animal (N=31)

a. Données épidémiologiques

L'âge des patients possédant un animal de compagnie se situait entre 30 et 62 ans, avec une moyenne de 49,4 ans, une médiane de 49 ans et un écart-type de 7,6 ans. La *figure 15* représente la répartition, par tranche d'âge, du sous-groupe de patient possédant un animal

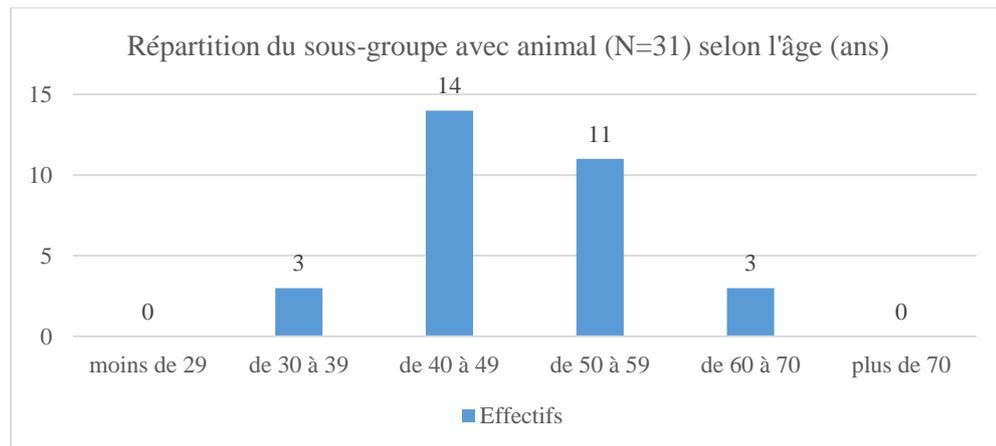


Figure 15

Dans ce sous-groupe de patients avec animal :

- la répartition selon le sexe était de 15 femmes (48%) pour 16 hommes (52%),
- la problématique addictive majoritairement déclarée était l'alcool avec 28 patients concernés (90,3%),
- 20 patients (64,5%) déclaraient avoir déjà effectué un séjour de soins résidentiels en addictologie,
- 4 patients (12,9%) correspondaient aux critères de polyaddiction.

Le *tableau 3* regroupe les caractéristiques du sous-groupe de patients possédant un animal de compagnie.

Tableau 3 Caractéristiques du sous-groupe possédant un animal (N = 31)

		Effectif	(%)
Sexe	Masculin	16	(52)
	Féminin	15	(48)
Situation familiale	Marié(e)	7	(22,6)
	Concubinage	4	(12,9)
	Célibataire	9	(29)
	Veuf(ve)	1	(3,2)
	Divorcé	10	(32,3)
Autres personnes vivant dans le foyer	Aucune	17	(54,8)
	1	3	(9,7)
	2 ou plus	11	(35,5)
Type d'addiction	Alcool	28	(90,3)
	Cannabis	3	(9,7)
	Tabac	5	(18,1)
	Cocaïne	1	(3,2)
	Opiacés	0	(0)
	Autre	3	(9,7)
Antécédents de soins résidentiels	Oui	20	(64,5)
	Non	11	(35,5)

b. Réponses aux questions sur les soins résidentiels en lien avec la possession d'animaux (tableau 4)

Dans le sous-groupe de patients avec animal, ce dernier était perçu comme un obstacle aux soins résidentiels pour 15 patients (48,4%). 5 d'entre eux (16,1%) déclaraient un antécédent de refus de soins lié à un animal.

Concernant l'existence de solutions pour faire garder son animal en cas d'hospitalisation ou d'admission en structure de soins : 22 (71%) en connaissaient une, 6 (19,3%) n'en avaient pas et 3 (9,7%) étaient sans opinion.

Tableau 4 Réponses du sous-groupe avec animal concernant les soins résidentiels en lien avec la possession d'animal (N = 31)

		Effectif	(%)
Animal perçu comme un obstacle aux soins résidentiels	Oui	15	(48,4)
	Non	13	(41,9)
	NSPP	3	(9,7)
Antécédent de refus de soins lié à un animal	Oui	5	(16,1)
	Non	26	(83,9)
	NSPP	0	(0)
Connaissance de solution de gardiennage pour son animal	Oui	22	(71)
	Non	6	(19,3)
	NSPP	3	(9,7)

c. Comparaison statistique avec l'échantillon total

La comparaison statistique des données épidémiologiques issues de notre échantillon (N=61) et du sous-groupe avec animal (N=31) n'a pas montré de différence significative concernant :

- la répartition des âges ($p=0,87^{45}$),
- le sexe ($p=0,25$),
- la situation familiale ($p=0,58$),
- le nombre de personnes vivant dans le foyer ($p=0,33$),
- le type de problématique addictive déclarée ($0,77^{46}$),
- les antécédents de soins résidentiels ($p=0,91$).
- La vision de l'animal comme un obstacle aux soins ($p=0,44$),
- Les antécédents de refus de soins liés à un animal ($p=0,09^{47}$),
- La connaissance de solutions de gardiennage pour son animal ($p=0,09$)
- Les réponses à la question concernant les soins résidentiels en se séparant de son animal ($p=0,45$),
- Les réponses à la question concernant les soins résidentiels accompagné de son animal ($p=0,19$).

⁴⁵ Les conditions de validité des analyses statistiques n'étaient pas remplies, certains effectifs théoriques étant inférieurs à 5.

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Les conditions de validité des analyses statistiques n'étaient pas remplies, certains effectifs théoriques étant inférieurs à 5.

5- Analyses des données concernant les soins résidentiels selon la possibilité d'accueil des animaux

Cette partie représente la comparaison statistique entre les réponses aux questions suivantes :

« *Seriez-vous prêt à vous séparer de votre animal de compagnie le temps d'un séjour en « structures de soins en addictologie » de plusieurs semaines ?* » (question 10 du questionnaire)

et

« *Seriez-vous prêt à effectuer un séjour en « structures de soins en addictologie » si votre animal de compagnie pouvait vous y accompagner ?* » (question 11 du questionnaire)

L'hypothèse de notre étude était que les patients du Rezo Addictions 41 seraient plus enclins à aller vers un soin résidentiel si leur animal pouvait les accompagner durant leur séjour. Nous avons donc cherché, par comparaison statistique, à déterminer s'il existait une différence significative entre les réponses à ces deux questions. Dans un premier temps nous présenterons l'analyse concernant l'échantillon total (N=61), puis le sous-groupe de patients possédant un animal de compagnie (N=31) et enfin un ensemble de sous-groupes pour lesquels une différence statistiquement significative a été décelée.

a. Echantillon total (N=61)

Pour l'échantillon (N=61), la comparaison des réponses à ces deux questions retrouve un Chi² à 5,24 (p=0,07). Les effectifs et pourcentage de réponses à ces questions sont résumés dans le *tableau 5*.

Tableau 5 Réponses aux questions 10 et 11 de l'échantillon total (N=61)

Patients prêts à effectuer un séjour en soins résidentiels		Effectif	(%)
<i>En se séparant de leur animal (question 10)</i>	Oui	28	(45,9)
	Non	21	(34,4)
	NSPP	12	(19,7)
<i>Accompagné de leur animal (question 11)</i>	Oui	36	(59)
	Non	10	(16,4)
	NSPP	15	(24,6)

Lorsque l'on retire les questionnaires pour lesquels la réponse « sans opinion » a été choisie pour au moins une des deux questions, on conserve 45 questionnaires. L'analyse des réponses de ces 45 questionnaires retrouve une différence significative avec une inclinaison à aller vers le soin résidentiel plus importante lorsque l'accueil de l'animal de compagnie est possible. Les effectifs et pourcentages de réponses à ces questions, résultat du test statistique et odds ratio, après retrait des questionnaires « sans opinion », sont résumés dans le *tableau 6*.

Tableau 6 Réponses aux questions 10 et 11 de l'échantillon total après retrait des questionnaires « sans opinion » (n=45)

Patients prêts à effectuer un séjour en soins résidentiels. Effectif (%)					
<i>En se séparant de son animal</i>		<i>Accompagné de son animal</i>		Chi ² (p)	OR (IC 95%)
<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>		
25 (52,1)	20 (47,9)	35 (77,8)	10 (22,2)	5 (0,025)	2,8 (1,14-6,9)

b. Sous-groupe avec animal (N=31)

La comparaison sur le sous-groupe de patients possédant un animal retrouve un Chi² à 1,9 (p=0,38).⁴⁸ Les effectifs et pourcentages de réponses à ces questions sont résumés dans le *tableau 7*.

Tableau 7 Réponses aux questions 10 et 11 du sous-groupe avec animal (N=31)

Patients prêts à effectuer un séjour en soins résidentiels		Effectif	(%)
<i>En se séparant de leur animal (question 10)</i>	Oui	15	(48,4)
	Non	13	(41,9)
	NSPP	3	(9,7)
<i>Accompagné de leur animal (question 11)</i>	Oui	20	(64,5)
	Non	8	(25,8)
	NSPP	3	(9,7)

⁴⁸ Les conditions de validité n'étaient pas remplies, les effectifs théoriques étant inférieurs à 5.

L'analyse, après retrait des questionnaires « sans opinion » ne permettait pas de mettre en évidence une différence significative. Les effectifs et pourcentages de réponses à ces questions, résultat du test statistique et odds ratio, après retrait des questionnaires « sans opinion », sont résumés dans le *tableau 8*.

Tableau 8 Réponses aux questions 10 et 11 du sous-groupe avec animal après retrait des questionnaires « sans opinion » (N=27)

Patients prêts à effectuer un séjour en soins résidentiels. Effectif (%)					
<i>En se séparant de son animal</i>		<i>Accompagné de son animal</i>		Chi² (p)	OR (IC 95%)
<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>		
14 (51,9)	13 (48,1)	19 (70,4)	8 (29,6)	1,9 (0,16)	2,21 (0,73-6,73)

c. Sous-groupes présentant une différence significative entre les réponses aux questions 10 et 11

On retrouvait une différence significative entre les réponses aux questions 10 et 11 pour les sous-groupes suivants (après retrait des questionnaires « sans opinion »), avec une inclinaison à aller vers du soin résidentiel plus importante si l'animal de compagnie était accepté :

- Chez les patients âgés de moins de 50 ans
- Chez les patients de sexe masculin
- Chez les patients « non en couple »
- Chez les patients vivant seuls dans leur foyer
- Chez les patients avec une problématique de consommation d'alcool
- Chez les patients considérant l'animal comme un obstacle aux soins
- Chez les patients avec un antécédent de refus de soins lié à la possession d'un animal

Les effectifs et les pourcentages des réponses aux questions 10 et 11, leur analyse statistique et l'odds ratio dans ces sous-groupes sont représentés dans le *tableau 9*.

Tableau 9 Effectifs(%) des réponses aux questions 10 et 11 pour les différents sous-groupes avec différence significative

	Question 10 ⁴⁹		Question 11 ⁵⁰		Chi ² (p)	OR (IC95)
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>		
< 50 ans	13 (52)	12 (48)	20 (80)	5 (20)	4,4 (0,04)	3,7 (1,08-12,55)
Sexe masculin	16 (53,3)	14 (46,7)	24 (80)	6 (20)	4,8 (0,03)	3,5 (1,14-10,73)
« Non en couple »	20 (57,1)	15 (42,9)	30 (85,7)	5 (14,3)	7 (0,008)	4,5 (1,48-13,71)
Seuls dans le foyer	19 (55,9)	15 (44,1)	29 (85,3)	5 (14,7)	7,1 (0,008)	4,6 (1,49-14,05)
Problématique alcool	23 (59)	16 (41)	31 (82,1)	8 (20,5)	3,9 (0,05)	2,7 (1-7,28)
Animal considéré comme obstacle aux soins	13 (46,4)	15 (53,6)	23 (82,1)	5 (17,9)	7,8 (0,005)	5,3 (1,64-17,16)
Antécédent de refus de soins lié à un animal	2 (18,2)	9 (81,8)	9 (81,8)	2 (18,2)	8,9 (0,003)	20,2 (2,81-146)

⁴⁹ Question 10 : Seriez-vous prêt à vous séparer de votre animal de compagnie le temps d'un séjour en « structures de soins en addictologie » de plusieurs semaines ?

⁵⁰ Question 11 : Seriez-vous prêt à effectuer un séjour en « structures de soins en addictologie » si votre animal de compagnie pouvait vous y accompagner ?

6- Autres résultats significatifs

Cette partie liste les différences significatives retrouvées par analyse statistique des différents sous-groupes de patients étudiés.

a. Différences selon l'âge

Les réponses à la question 12 (concernant les solutions de gardiennage de leur animal) différaient entre les patients de moins de 50 ans et les patients de 50 ans et plus ($p=0,05$)

- *Les patients de moins de 50 ans étaient 12 (38,7%) à avoir une solution de gardiennage, pour 14 (45,2%) sans solution et 5 (16,1%) sans opinion,*
- *A partir de 50 ans, ils étaient 17 (56,7%) à avoir une solution de gardiennage, 5 (16,7%) n'en avaient pas et 8 (26,6%) étaient sans opinion.*

b. Différences selon le sexe

Les femmes étaient statistiquement plus « en couple » que les hommes ($p=0,01$)

- *40,9% des femmes étaient « en couple »,*
- *10,3% des hommes étaient « en couple ».*

Les hommes vivaient plus souvent « seuls » ($p=0,001$)

- *84,6% des hommes n'avaient pas d'autres personnes vivant dans le foyer,*
- *45,5% des femmes n'avaient pas d'autres personnes vivant dans le foyer.*

Les femmes étaient moins concernées par une problématique liée à l'alcool que les hommes ($p=0,04$)

- *72,7% des femmes avaient une problématique liée à l'alcool,*
- *94,9% des hommes avaient une problématique liée à l'alcool.*

La proportion de femmes possédant un animal de compagnie était plus importante que chez les hommes ($p=0,04$)

- *68,2% des femmes possédaient un animal,*
- *41% des hommes possédaient un animal.*

c. Différences selon la situation familiale

Les patients « en couple » différaient des patients « non en couple » concernant le sexe ($p = 0,01$)

- *69% de femmes chez les patients « en couple »,*
- *13% de femmes chez les patients « non en couple ».*

Les patients « en couple » étaient plus possesseurs d'animaux de compagnie ($p=0,006$)

- *84,6% des patients « en couple » possédaient un animal,*
- *41,7% des patients « non en couple » en possédaient un.*

Les patients « en couple » étaient statistiquement moins nombreux à vivre seuls dans le foyer ($p < 0,001$)

- *15,4% des patients « en couple » déclaraient vivre seuls,*
- *85,4% des patients « non en couple » déclaraient vivre seuls.*

d. Différences selon le nombre de personnes vivant dans le foyer

Les patients « seuls » dans le foyer différaient des patients « non seuls » concernant le sexe ($p = 0,001$)

- *77% d'hommes chez les patients « seuls »,*
- *33,3% d'hommes chez les patients « non seuls ».*

Les patients « seuls » étaient moins possesseurs d'animaux de compagnie ($p=0,006$)

- *39,5% des patients « seuls » possédaient un animal,*
- *77,8% des patients « non seuls » en possédaient un.*

Les patients « seuls » étaient statistiquement moins nombreux à vivre « en couple » ($p < 0,001$)

- *4,7% des patients « seuls » déclaraient vivre « en couple »,*
- *61,1 % des patients « non seuls » déclaraient vivre « en couple ».*

e. Différences selon la possession ou non d'un animal

La population possédant un animal de compagnie étaient plus féminine que celle n'en possédant pas (p=0,04)

- 48% de femmes parmi les possesseurs d'animaux,
- 7% de femmes parmi la population n'ayant pas d'animal.

Les détenteurs d'animaux vivaient plus « en couple » (p=0,006)

- 35% des patients avec animal vivaient en couple,
- 6,7% des patients sans animal vivaient en couple.

Les possesseurs d'animaux de compagnie vivaient moins « seuls » dans le foyer (p=0,006)

- 54,8% des patients avec animal déclaraient vivre « seuls »,
- 86,7% des patients sans animal déclaraient vivre « seuls ».

Les réponses à la question concernant les solutions de gardiennage différaient statistiquement selon la possession ou non d'un animal (p < 0,001)

- Parmi les patients avec animal de compagnie, 22 (71%) avaient une solution pour faire garder leur animal, 6 (19,3%) n'en avaient pas et 3 (9,7%) ne se prononçaient pas,
- Parmi les patients sans animal, 7 (23,3%) connaissaient une solution de gardiennage, 13 (43,3%) n'en avaient pas et 10 (33,3%) ne se prononçaient pas.

f. Différences selon la connaissance ou non de solution de gardiennage

Parmi les patients possédant une solution pour faire garder leur animal, on retrouvait une proportion de problématique liée à l'alcool plus importante que chez les patients sans solution de gardiennage. (p=0,022)

- 96,6% des patients possédant une solution de gardiennage avaient une problématique liée à l'alcool,
- 68,4% des patients ne possédant pas de solution de gardiennage avaient une problématique liée à l'alcool.

Les patients possédant une solution de gardiennage possédaient significativement plus d'animaux de compagnie que les patients n'ayant pas de solution de gardiennage. (p=0,002)

- 75,9% des patients déclarant avoir une solution de gardiennage possédaient un animal,
- 31,6% des patients déclarant ne pas avoir de solution de gardiennage possédaient un animal.

IV- DISCUSSION

Notre étude a montré que les patients inclus dans le Rezo Addictions 41 étaient significativement plus enclins à aller vers une prise en charge résidentielle de leurs addictions, si la structure de soins permettait un accueil conjoint de leur animal de compagnie.

Dans notre échantillon, près d'un patient sur cinq présentait d'ailleurs un antécédent de refus de soins lié à son animal de compagnie.

Notre échantillon était représentatif des patients inclus dans le Rezo Addictions 41, que ce soit en terme d'âge, de type(s) d'addiction(s) déclaré(es) ou de sexe.

La limite principale de ce résultat vient de la proportion importante des patients « sans opinion » et la nécessité de retrait des questionnaires concernés pour obtenir des résultats significatifs.

La fréquence de la réponse « sans opinion » peut s'expliquer par la difficulté de choix et d'affirmation de soi souvent présente chez les patients souffrant de problématiques addictives.

Le fait que près d'un patient sur deux n'avait pas d'animal et devait répondre aux questions « comme s'il en possédait un » a pu également conduire à cette importance de « sans opinion ». Cette consigne engendrait une difficulté à répondre et un biais d'information. Cette hypothèse semble confirmée par la proportion plus faible de « sans opinion » dans le sous-groupe possédant réellement un animal de compagnie. Malheureusement, l'effectif trop faible de ce sous-groupe n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative sur la question du soin avec ou sans son animal.

Cette inclinaison à aller vers du soin résidentiel accompagné par son animal était statistiquement significative pour certains sous-groupes : les hommes, les patients âgés de moins de 50 ans, les patients vivant seuls notamment. De même, on faisait logiquement ce constat chez les patients considérant l'animal comme étant un obstacle aux soins et chez les patients ayant un antécédent de refus de soins lié à leur animal.

Les hommes de notre échantillon vivaient plus souvent seuls que les femmes, ce qui peut justifier un attachement particulier à leur animal. Ce lien fort semble difficile à rompre, en particulier lors d'une étape primordiale de l'existence que peut constituer le soin résidentiel.

On retrouve plus de solutions pour faire garder son animal chez les patients de plus de 50 ans de notre échantillon, ce qui peut expliquer leur plus faible réticence à s'en séparer le temps d'un séjour en structure de soins.

Notre étude a démontré que, dans une population aux pathologies addictives complexes, candidate aux soins résidentiels, l'absence de structure acceptant les animaux de compagnie pouvait engendrer un frein à une prise en charge optimale. En effet, une réelle demande existe dans notre région.

Certains tentent de combler ce manque, comme en témoigne l'existence, en Indre et Loire, de l'association « dignité retrouvée aux sans niche fixe », avec laquelle travaille notamment le CSAPA37 Port-Bretagne. Cette association dispose de familles d'accueil pour les animaux nécessitant un placement en urgence (incarcération, hospitalisation...) Ce type de dispositif peut pallier l'absence de solution de gardiennage pour certains patients chez qui le soin est envisageable en se séparant de son animal. Néanmoins, notre étude a démontré que le souci n'était pas tant l'absence de solution pour faire garder son animal, que le souhait de ne pas en être séparé durant les soins. En effet, près d'un patient sur deux disposait d'une solution pour faire garder son animal, et cette proportion était même de 71% chez le sous-groupe de patients qui possède un animal.

A ce jour, aucune recherche n'a étudié le lien entre la possession d'un animal et les difficultés à accéder aux soins qu'elle engendre. Cependant, plusieurs travaux sont consacrés à l'utilisation de l'animal dans le soin, notamment la zoothérapie, en anglais Animal Assisted Therapy (AAT). Dans une revue de la littérature, Kamioka et al. ont démontré l'intérêt de cette discipline, notamment chez les patients atteints de troubles mentaux et d'addictions : « In a study environment limited to the people who like animals, AAT may be an effective treatment for mental and behavioral disorders such as depression, schizophrenia, and alcohol/drug addictions.»⁵¹

Chez les patients atteints de pathologies addictives, l'animal de compagnie tient une place de choix. Comme le précise la psychoéducatrice Maryse De Palma, « prendre soin d'un animal demande une implication tant physique que psychologique. Le contact quotidien avec l'animal atténue le sentiment de solitude et renforce l'estime de soi. »⁵². Elle insiste sur le fait que « l'aspect non jugeant de l'animal apporte un élément essentiel, puisque les détenus ont à composer avec le jugement d'autrui et l'étiquette sociale qu'on leur attribue par suite de leur délit. L'animal voit la personne et non le délinquant. Ce dernier ressent l'amour inconditionnel, ce qui le porte à baisser ses gardes et à se laisser entraîner dans un monde ludique où le plaisir prédomine. »⁵³ Ce bienfait de l'animal sur des populations

⁵¹ Kamioka et al., « Effectiveness of animal-assisted therapy ». [Notre traduction] « Dans une étude limitée à une population qui aime les animaux, la zoothérapie peut-être un traitement efficace des troubles mentaux et du comportement, tels que la dépression, la schizophrénie, et les addictions à l'alcool ou autre drogue. »

⁵² Maryse de Palma, *Entre l'humain et l'animal : La zoothérapie*.

⁵³ Ibid.

en difficulté, qu'elle illustre ici par la population carcérale, semble applicable aux personnes atteintes de pathologies addictives. Ces patients ont volontiers une faible estime d'eux-mêmes et une forte culpabilité, renforcées par les représentations sociales négatives associées à leur pathologie.

L'approche globale bio-psycho-sociale, dans laquelle s'inscrit la médecine générale, tend à prendre en compte l'ensemble des caractéristiques du patient. Cependant, lorsque l'on interroge un patient sur son environnement et plus particulièrement son entourage, il est rare de se renseigner sur l'existence d'un animal de compagnie. Pourtant, ce dernier semble jouer un rôle important dans le soin, que ce soit comme soutien moral mais également comme frein à l'accessibilité aux structures.

Les patients rencontrés au cours des stages effectués dans les CTR de Pern et « la ferme Merlet » n'ont fait que renforcer l'idée que l'animal de compagnie tient une place de choix dans la vie de nos patients. Parfois jouant le rôle de protecteur, notamment pour des patients vivant dans la rue, et souvent considéré comme leur enfant, force est de constater que le bien-être de leur animal passe bien avant leur propre confort. Des patients « abîmés » par la vie, avec une condition somatique fortement dégradée, et une situation sociale très précaire, avaient pourtant des chiens soignés, entretenus, stérilisés et vaccinés régulièrement.

Dans cette pathologie du lien qu'est l'addiction, où les patients les plus durement touchés sont souvent isolés, se séparer de son animal équivaut parfois à rompre l'unique lien « social », l'unique source de satisfaction et d'estime de soi.

V- BIBLIOGRAPHIE

1. « Adresses utiles Région Centre ». *Drogues Info Service*. Consulté le 18 février 2016. [http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/\(Ing\)/1.6750631/\(lat\)/47.7515686/\(address\)/région-centre/\(idR\)/20477/\(country\)/FR](http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/(Ing)/1.6750631/(lat)/47.7515686/(address)/région-centre/(idR)/20477/(country)/FR).
2. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 ». *Tendances n°99, OFDT*, mars 2015.
3. *Décret no 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique. 98-1229, 1998.*
4. « Des chiens au Centre Malvau ». *Centre Malvau*, 28 octobre 2015. <http://centremalvau.fr/2015/10/28/des-chiens-au-centre-malvau/>.
5. Dominique Meunier, Responsable « Pratiques professionnelles » fédération addiction. « Les pratiques professionnelles concernant les dispositifs de soin résidentiel du secteur médico-social en addictologie », octobre 2013.
6. Dr Alain Morel. « Alcoologie et intervention en toxicomanie. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement ». *Alcoologie et Addictologie*, n° 24 (45) (2002): 105-95.
7. Dr Jean-Michel Delile, M. Jean-Pierre Couteron. « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions ». *Alcoologie et Addictologie*, n° 31 (1) (2009): 27-35.
8. Emmanuel Langlois. « Évaluation des communautés thérapeutiques en France- Enquête sociologique sur la mise en oeuvre de deux nouvelles communautés ». Saint-Denis: OFDT, 2013.
9. FACCO - Chambre Syndicale des Fabricants d'Aliments Préparés pour Chiens, Chats, Oiseaux et autres Animaux Familiers. « Nouvelle enquête FACCO / TNS SOFRES ». *Communiqué de presse*, Mai 2015.
10. FNESAA. « Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation addictologique (C.H.R.S.-A.) ». <http://www.fnesaa.com/>, s. d. <http://www.fnesaa.com/wp-content/uploads/2014/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-CHRS-r%C3%A9vision-20131.pdf>.
11. Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMR S 1136, affilié à l'INSERM et l'Université Pierre et Marie Curie. « BiostaTGV », s. d. <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.
12. James Bowen. *Un chat des rues nommé Bob*. Pocket, 2014.
13. « James Bowen and a Street Cat Named Bob - YouTube ». Consulté le 6 février 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=UlytJkufQDw>.
14. Kamioka, Hiroharu, Shinpei Okada, Kiichiro Tsutani, Hyuntae Park, Hiroyasu Okuizumi, Shuichi Handa, Takuya Oshio, et al. « Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials ». *Complementary Therapies in Medicine* 22, n° 2 (avril 2014): 371-90. doi:10.1016/j.ctim.2013.12.016.
15. *Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES. 70-1320, 1970.*
16. Marsden, John, Brian Eastwood, Robert Ali, Pete Burkinshaw, Gagandeep Chohan, Alex Copello, Daniel Burn, et al. « Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT) ». *Drug and Alcohol Dependence* 139 (1 juin 2014): 121-31. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.03.018.

17. Maryse de Palma. *Entre l'humain et l'animal : La zoothérapie*. Ambre Editions, 2013.
18. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, et R. BOULIN. *Circulaire DGS/591/MS1 du 29 mars 1972 relative à l'organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie, 1972*.
19. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. « Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie », s. d. <http://www.fnesaa.com/wp-content/uploads/2014/10/dhos.pdf>.
20. OFDT. « Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues-Consommation ». www.ofdt.fr, s. d. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#conso>.
21. « Outil statistique de calcul de Khi carre, risque relatif, Odds Ratio et intervalle de confiance ». Consulté le 27 mai 2016. http://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre_rr_odds_ratio_ic.html.
22. « post-cure et animaux, Drogues Info Service ». *Drogues Info Service*. Consulté le 12 avril 2016. <http://www.drogues-info-service.fr/Vos-Questions-Nos-Reponses/post-cure-et-animaux>.
23. « Présentation du Rezo Addictions 41 ». *Site internet Rezo Addictions 41 MGADDOC. Présentation*. Consulté le 30 janvier 2016. <https://www.sante-centre.fr/portail/presentation/presentation,309,233.html?>
24. « Rapport d'activité 2015 du Rezo Addictions 41 ». Consulté le 11 août 2016. https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/548/4357.pdf.
25. SCHOLTES, Charlotte. « Réunion de synthèse dans le cadre du Rézo Addictions 41 : moteur du changement des représentations des Médecins Généralistes ». Thèse de médecine, 2014.
26. « Site internet "Association pour l'Ecoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies" », s. d. <http://www.apleat.com/index.php>.
27. « Site internet Centre Hospitalier Gien », s. d. <http://www.ch-gien.com/>.
28. « Site internet du CALME », s. d. <http://www.calme.fr/index.php>.
29. « Site internet du Centre Hospitalier Louis Sevestre », s. d. <http://www.chls.fr/>.
30. « Site internet du Centre Malvau ». *Centre Malvau*. Consulté le 20 février 2016. <http://centremalvau.fr/>.
31. Spilka S. et Le Nézet O. « Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011 ». *OFDT*. 2012.
32. Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V. et Godeau E. « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collègue » », 2012, *Tendances*, n°80 édition.
33. Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M. et Beck F. « Les drogues à 17 ans – Analyses de l'enquête ESCAPAD 2014 : 15 ans d'observation ». *Tendances n°100, OFDT*, 2015.

VI- ANNEXES

1- Annexe 1 : Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment

128

J. Marsden et al. / Drug and Alcohol Dependence 139 (2014) 121–131

Table 7
Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (V1.0).

Item	Description	Rating	Score
1. Tolerance and withdrawal	No current tolerance or recent experience of withdrawal symptoms.	None	0
	Has experienced withdrawal symptoms.	Present	1
2. Urge and control	No urge to use substances, or labels self abstinent.	None	0
	Some urges to use but is able to resist.	Low	1
	Some strong urges to use; is not able to resist.	Moderate	2
	Strong and persistent urges to use; major problems controlling consumption.	High	3
3. Overdose risk	No injecting; no substance use likely to cause overdose.	None	0
	Current injecting, or hazardous use of one or more substances.	Present	1
4. Physical	No uncontrolled medical conditions; acceptable-to-good health.	None	0
	Conditions restricting daily living which may need treatment.	Present	1
5. Psychological	No emotional/behavioural problems; acceptable-to-good health.	None	0
	Some depressive or anxious thinking, but no significant distress.	Low	1
	Psychological conditions affecting daily living, in need of treatment.	Moderate	2
6. Personality	Psychological conditions in urgent need of treatment.	High	3
	Stable personality; no difficulties.	None	0
	Occasional difficulty interpreting self, others or events.	Low	1
	Marked problems interpreting self, others or events.	Moderate	2
7. Relationships	Substantial and acute problems expressing and controlling emotions.	High	3
	Stable relationships; may be socially isolated but accepts or copes.	None	0
	Some inter-personal difficulties.	Low	1
8. Risk to self and others	Significant inter-personal or relationship problems.	Moderate	2
	Acute problems; may involve victimisation, hostility or aggression.	High	3
	No thoughts of harm to self or others.	None	0
	Transient thoughts of self harm; may self-neglect.	Low	1
9. Housing	Past intent or action to harm self or others; no current suicidal ideation.	Moderate	2
	Current plans and intent to commit suicide or harm others.	High	3
	Safe, secure accommodation meeting all basic needs.	None	0
10. Finance	Minimal facilities, may have unstable arrangements, or is homeless.	Present	1
	No significant financial problems.	None	0
11. Motivation	Major debt, or no minimum income to meet basic needs.	Present	1
	No motivation to change substance use or be in treatment.	None	0
	Low level of change motivation or treatment engagement.	Low	1
	May be ambivalent about change but is engaged in treatment.	Moderate	2
12. Outlook and management	Active engagement in treatment; or all major problems resolved.	High	3
	Unable to manage self, or set and keep appointments.	None	0
	Limited ability to manage self and organise time.	Low	1
13. Social network support	Trying to schedule time; some positive outlook on life situation.	Moderate	2
	Well organised; strong sense of purpose in life.	High	3
	No family or social network support.	None	0
	Minimal family or social network support.	Low	1
14. Skills and participation	Has some family or social network support or is working to create.	Moderate	2
	Highly engaged and takes positive role in family or social network.	High	3
	Not working, volunteering or in education/training.	None	0
	Not working, but is volunteering or in education/training.	Moderate	1
	Recent or current stable paid employment.	High	2

Guide scoring: Addiction severity (items 1–3). Total score range: 0–5 (low [0–1]; moderate [2–3]; high [4–5]). Coexisting problem complexity (items 4–10). Total score range 0–15 (low [0–2]; moderate [3–5]; high [6–15]). Recovery strengths (items 11–14). Total score range 0–11 (low [0–5]; moderate [6–8]; high [9–11]).

2- Annexe 2 : demande d'inclusion en ligne dans le Rezo Addictions 41

DEMANDE D'INCLUSION D'UN PATIENT	
ADDICTIONS : <input type="checkbox"/>	HEPSILO : <input type="checkbox"/>
Demandé par :* <input type="text"/>	
Téléphone :* <input type="text"/>	
PATIENT	
Nom:* <input type="text"/>	
Prénom:* <input type="text"/>	
Age:* <input type="text"/> ans	
Date de naissance: <input type="text"/>	
Adresse: <input type="text"/>	
N° de téléphone: <input type="text"/>	
Réseau de proximité (personne soutien): <input type="text"/>	
Ressources: <input type="text"/>	
Couverture sociale (dont ALD): <input type="text"/>	
Autonomie de déplacement: <input type="text"/>	
Médecin traitant : <input type="text"/>	
N° de téléphone (médecin traitant) : <input type="text"/>	
CLINIQUE DES ADDICTIONS	
<u>ATCD personnels et familiaux à prendre en compte :</u>	
<input type="text"/>	
<u>Diagnostic Addictologique (décliner le produit psychoactif et son usage) :</u>	
Produit ou comportement addictif : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Aucun(s)	
<input type="checkbox"/> Usages	
<input type="checkbox"/> Usages à risque	
<input type="checkbox"/> Usages nocifs ou abus	
<input type="checkbox"/> Dépendances	
<u>Conséquences des conduites addictives :</u>	
<input type="checkbox"/> Aucune(s)	
<input type="checkbox"/> Sociales	
<input type="checkbox"/> Médicales	
<input type="checkbox"/> Psychologiques	
<input type="checkbox"/> Judiciaires	
<u>Demande(s) du professionnel du Réseau :</u>	
<input type="checkbox"/> Aucune(s)	
<input type="checkbox"/> Evaluation pluridisciplinaire de la problématique du patient	
<input type="checkbox"/> Evaluation pluridisciplinaire familiale de la conduite addictive	
<input type="checkbox"/> Recherche de relais de proximité	
<input type="checkbox"/> Absence de relais de proximité, soutien pluridisciplinaire	
<input type="checkbox"/> Coordination des soins	
<input type="checkbox"/> Sevrage	

3- Annexe 3 : questionnaire

Questionnaire thèse de médecine générale, Johann Briand

- 1) Quel âge avez-vous ? ans
- 2) Etes-vous ? Un homme Une femme
- 3) Etes-vous ? Marié En concubinage Célibataire Veuf Divorcé
- 4) Combien de personnes, autres que vous, composent votre foyer ?
 Aucune 1 2 ou plus
- 5) Pour quelle(s) problématique(s) addictive(s) êtes-vous inclus dans le Rezo Addictions 41 ? (plusieurs réponses possibles)
- Alcool Cannabis Tabac Cocaïne
- Opiacés (héroïne, morphine, codéine...) Autre, précisez :
- 6) Avez-vous déjà effectué un séjour de plusieurs semaines en « structures de soins en addictologie » ?
 Oui Non
- 7) Possédez-vous un ou plusieurs animaux de compagnie ?
 Oui. Si « oui », Possédez-vous ? chien(s) chat(s) autre, précisez :
Combien en possédez-vous ?
- Non. Si « non », merci de répondre aux questions suivantes comme si vous en possédiez un.

- 8) Pensez-vous que votre animal de compagnie constitue un obstacle à un séjour en « structures de soins en addictologie » ?
- Oui Non Sans opinion
- 9) Avez-vous déjà renoncé à une hospitalisation ou une admission en structure de soins afin de prendre soin de votre animal de compagnie ?
- Oui Non Sans opinion
- 10) Seriez-vous prêt à vous séparer de votre animal de compagnie le temps d'un séjour en « structures de soins en addictologie » de plusieurs semaines ?
- Oui Non Sans opinion
- 11) Seriez-vous prêt à effectuer un séjour en « structures de soins en addictologie » si votre animal de compagnie pouvait vous y accompagner ?
- Oui Non Sans opinion
- 12) Disposez-vous de solutions pour faire garder votre animal de compagnie en cas d'hospitalisation ou d'admission dans une structure de soins pendant plusieurs semaines ?
- Oui, Non Sans opinion
- si « oui » précisez laquelle ou lesquelles :

Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- Annexe 4 : charte du patient inclus dans le Rezo Addictions 41



CONSENTEMENT ET CHARTE DU PATIENT

NOM : -----

Prénom : -----

Date de Naissance : -----

Adressé par : -----

Je soussigné(e) déclare avoir été informé(e) des missions du REZO ADDICTIONS 41 et donne mon accord pour bénéficier des prestations de prises en charge proposées, en fonction de mes besoins.

Mon Médecin traitant reste la personne référente de mon suivi médical.

J'accepte :

- Que les informations nécessaires à mes soins soient partagées entre les différents professionnels qui travaillent autour de ma situation: médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, tout en sachant que j'ai le droit de refuser la communication de certaines informations me concernant, en faisant des démarches spécifiques auprès des intervenants concernés.
- De suivre dans la mesure du possible, les conseils de soins et de suivis donnés dans le cadre du Rézo Addictions 41 (Plan Personnalisé de Soins).
- D'autoriser le traitement des données médico-psycho-sociales me concernant, à des visées épidémiologiques tout en conservant l'anonymat.

Je m'engage :

- A informer le Rézo Addictions 41 de tout changement de situation me concernant (téléphone, adresse, hospitalisation...), et de tout changement concernant les objectifs de mon Plan Personnalisé de soins.
- A remplir et à renvoyer tous les 3 mois le questionnaire de qualité de vie.

Je suis informé(e) :

- Qu'en cas de non renvoi du questionnaire de qualité de vie, je serai sollicité(e) 2 fois par courrier, puis en cas de non-réponse, considéré(e) comme sorti(e) du Rézo Addictions 41.
- Que je peux quitter à tout moment ce réseau en signant le document de sortie.
- Que je peux ré-intégrer le réseau sur simple demande de ma part ou d'un professionnel ou bénévole qui me suit.

Date et Signature précédée de la mention *Lu et approuvé:*



5- Annexe 5 : courrier explicatif joint au questionnaire

Etude sur les problématiques d'accès aux soins liées à la possession d'animaux de compagnie

Dans le cadre de ma thèse de médecine dirigée par le Dr Anne-Marie BRIEUDE, et de mon mémoire de Diplôme Inter Universitaire d'Addictologie, je m'intéresse à l'accès aux soins des patients possédant des animaux de compagnie.

Je m'intéresse notamment aux possibilités de séjour en « structures de soins en addictologie ». Par ce terme j'entends l'ensemble des séjours proposés sur plusieurs semaines voire plusieurs mois, qu'il s'agisse de structures de soins de suite et réadaptation en addictologie (comme Louis Sevestre, Malvau, Le Courbat dans le 37) ou de structures de soin résidentiel collectif médicosociales en addictologie (comme La Levée à Orléans).

Pour cela, je réalise une enquête auprès des patients inclus dans le Rezo addictions 41.

Pour participer à cette enquête, il suffit de répondre au questionnaire ci-joint. Ainsi, je sollicite votre aide pour participer à cette enquête. La participation à cette enquête par le plus grand nombre possible de patients est indispensable à la réalisation de cette étude. La participation est bien entendu anonyme, et le but de l'étude est d'analyser les résultats de manière globale chez l'ensemble des patients. Il faut environ 5 minutes pour répondre aux 12 questions du questionnaire.

Je vous remercie par avance de l'attention et du temps que vous prendrez pour remplir ce questionnaire. Merci de bien vouloir répondre le plus sincèrement et le plus spontanément possible à l'ensemble des questions qui vous sont proposées.

Une fois le questionnaire rempli, vous pouvez le renvoyer avec le questionnaire de qualité de vie du Rezo Addictions 41, dans l'enveloppe timbrée prévue à cet effet.

Pour ne pas fausser les résultats de l'étude, je ne peux vous faire part des hypothèses de travail actuellement, mais je serai heureux de pouvoir vous communiquer les résultats de cette enquête. L'analyse des questionnaires respectera de façon stricte les règles de la recherche scientifique. Les résultats de cette étude seront également présentés lors des soutenances de mon mémoire de DIU d'addictologie et de ma thèse de médecine.

Si vous avez des questions ou si vous avez des difficultés pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à contacter Elodie Colas, secrétaire du Rezo Addictions 41, par mail (mgaddoc@wanadoo.fr) ou téléphone (02.54.45.11.28)

Johann BRIAND, interne en médecine générale

6- Annexe 6 : réponses des 61 questionnaires analysés

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5						Q6	Q7		Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
					OH	THC	Tabac	Cocaïne	Opiacés	Autre		Nb						
Q2	53	M	Divorcé	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q3	52	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Non	Oui	Non
Q4	62	F	Divorcé	0	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	4	Oui	Oui	Non	Non	Non
Q6	54	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	2	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Q8	58	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q10	42	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Q11	53	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q12	54	M	Marié	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	0	Non	Non	Oui	Non	Oui
Q13	43	F	Concubinage	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Q15	54	F	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Q16	40	M	Célibataire	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	1	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q17	35	M	Divorcé	0	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Non	NSPP	Non
Q18	49	M	Célibataire	0	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Q19	59	F	Marié	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Non	Non	NSPP	NSPP	Oui
Q20	52	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	0	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Q21	43	F	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	0	Oui	Non	Oui	Non	NSPP
Q22	30	F	Concubinage	1	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	3	Oui	Non	NSPP	Oui	Oui
Q23	48	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Non	Non	Non	Oui	Oui
Q24	48	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Oui	NSPP	Non
Q25	52	F	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	Non	Non	Oui	NSPP	Oui
Q26	54	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	0	Oui	Oui	Non	Non	Non
Q27	46	F	Marié	22	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	2	NSPP	Non	Oui	Oui	Oui
Q28	61	M	Célibataire	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q29	39	M	Divorcé	1	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	1	NSPP	Non	Non	Non	Oui
Q31	39	M	Célibataire	0	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q32	42	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	NSPP	Non	Oui	Non	Non
Q33	63	F	Célibataire	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Q35	47	M	Célibataire	0	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q36	52	M	Divorcé	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Non	Oui	NSPP
Q37	58	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Q38	48	M	Divorcé	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	NSPP	Non	NSPP	NSPP	NSPP
Q39	45	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Q40	58	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	NSPP	Non	NSPP	NSPP	NSPP
Q41	53	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q42	41	F	Marié	22	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	1	Oui	Non	Non	Non	Oui
Q43	38	F	Concubinage	22	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	3	Oui	Non	Non	Oui	Non
Q44	28	F	Célibataire	0	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	0	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Q45	74	F	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Non	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q46	54	F	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Non	Non	NSPP	Oui	Oui
Q47	62	F	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Non	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q48	46	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Q49	47	M	Célibataire	0	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q51	45	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q52	42	M	Divorcé	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	1	Oui	Non	Non	Oui	NSPP
Q53	57	M	Marié	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	Oui	Non	Oui	Non	Non
Q54	45	M	Célibataire	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q55	49	M	Concubinage	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	230	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Q56	59	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q59	61	F	Célibataire	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q60	49	M	Marié	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	0	Non	Non	Non	Non	Oui
Q63	56	F	Veuf	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	20	Non	Non	Non	Oui	Oui
Q64	48	F	Divorcé	1	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q65	50	M	Célibataire	0	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	0	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP	NSPP
Q66	46	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q67	54	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	0	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Q68	57	F	Marié	1	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	4	Non	Non	Oui	Non	Oui
Q69	26	F	Concubinage	22	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	0	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Q70	60	F	Marié	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	1	Non	Non	Oui	NSPP	Oui
Q71	34	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Q72	45	M	Célibataire	0	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	0	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Q73	56	F	Divorcé	22	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	3	Non	Non	Oui	Oui	Oui



BRIAND Johann

71 pages – 9 tableaux – 15 figures

Résumé :

Introduction : Prédominante jusqu'aux années 1990, la place des soins résidentiels en addictologie est, à l'heure actuelle, limitée aux situations complexes pour lesquelles la prise en charge ambulatoire est insuffisante. En 2016, seul deux Centres Thérapeutiques Résidentiels permettent un accueil des patients accompagnés d'un animal en France, géographiquement éloignés de la Région Centre-Val de Loire. L'objectif de notre étude était de déterminer si une demande de ce type de soin existait parmi les patients souffrant de pathologies addictives dans cette région.

Matériels et méthodes : Nous avons effectué une étude observationnelle transversale des patients inclus dans le Rezo Addictions 41, où ne sont inclus que des patients complexes, potentiellement candidats à une prise en charge résidentielle de leurs addictions. Le recueil de données s'est fait par questionnaire entre août 2015 et février 2016.

Résultats : Un échantillon de 61 patients a été analysé. 31 (50,8%) possédaient au moins un animal de compagnie. 11 (18%) avaient un antécédent de refus de soin lié à son animal. Après retrait des « sans opinion » sur les questions concernés, on retrouvait une volonté à aller vers du soin résidentiel significativement plus importante si la structure d'accueil acceptait les animaux. (p 0,025 ; OR [1,14-6,9]).

Discussion : Notre étude a montré que les patients inclus dans le Rezo Addictions 41 étaient significativement plus enclins à aller vers une prise en charge résidentielle de leurs addictions, si la structure de soins permettait un accueil conjoint de leur animal de compagnie. On peut estimer que l'absence d'une telle offre en Région Centre-Val de Loire est un vrai manque. La prise en charge résidentielle des addictions contraint actuellement les patients à se séparer de leur animal, parfois unique lien social et principale source de satisfaction et d'estime d'eux-mêmes.

Mots clés : addictions, traitement résidentiel, animaux de compagnie, réseau de soins en addictologie.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
Directeur de thèse :	<u>Docteur Anne-Marie BRIEUDE</u>
Membres du Jury :	Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
	Professeur Vincent CAMUS
	Docteur Yannick LEGEAY