

Cadre, structures et citoyenneté en addictologie



Comment sortir des cadres et des réponses thérapeutiques habituelles ? En construisant un binôme créatif où la personne souffrant d'addiction développe sa capacité d'agir dans une dynamique de citoyenneté.

Par **Santo Gentile**, infirmier spécialisé au Service d'addictologie des HUG, et **Dre Rita Manghi**, médecin psychiatre spécialiste FMH au Service d'addictologie des HUG

La notion de cadre de soin dans les addictions renvoie à l'essence même de ce trouble du comportement qui est caractérisé par la perte ou la non acquisition de la capacité à se limiter. Ceci amène une personne souffrant d'addiction à consommer de façon répétée et de poursuivre ce comportement malgré les conséquences négatives [1]. Par ailleurs, notre façon de penser les soins est issue de nos représentations de l'addiction et du cadre de référence que nous avons acquis.

« Le cadre est une bordure rigide... »

Par exemple, si le comportement addictif est perçu comme une faute liée à l'incapacité de se contrôler, les réponses thérapeutiques peuvent se caractériser par leur rigidité et visent à extirper le fauteur de troubles qu'est la substance ou le comportement problématique. Le cadre de soins est à risque de ressembler alors à la première définition du Larousse : « Le cadre est une bordure rigide. »

Les traitements hospitaliers de type cure standardisée, où la personne est isolée de son contexte de vie habituel, où le dérapage est une transgression conduisant le plus souvent à l'exclusion des soins, sont issues en partie de ce paradigme. Le patient qui « sort du cadre » de l'abstinence est un mauvais patient et les règles se surajoutent pour mieux contrôler le risque de consommation de substances.

« Le cadre est ce qui borne... »

Chacun de nous est concerné par le thème de la dépendance qui nous renvoie à nos premières expériences relationnelles. Chacun de nous connaît des personnes plus ou moins proches concernées par un comportement addictif. Face à ces similitudes, le soignant peut craindre de perdre son objectivité. Il peut également craindre que ce patient si proche soit « hors-cadre » ou « sans limite » dans ses demandes. Ce qui pourrait mettre à mal son efficacité thérapeutique. Le cadre institutionnel, le cadre de la fonction, la structure de soin (consultation, hôpital) interviennent alors comme une limite face à laquelle se situer et se protéger de ce risque de débordement. Ceci nous renvoie à la deuxième définition : « Le cadre est ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose ; ce qui circonscrit un sujet... » Avec le risque d'appauvrir les réponses données.

A contrario, le thérapeute qui perçoit la personne souffrant d'addiction dans sa dimension de personne ayant des ressources, des besoins et une capacité à faire des choix pourra plus facilement mettre son travail au service de créations originales, d'oser sortir des réponses thérapeutiques habituelles et des structures dans lesquelles il travaille.

Un cadre individualisé

Le cadre de référence du comportement addictif qui prévaut actuellement dans la pratique de l'addictologie moderne est issu des théories d'automatisation des apprentissages [2]. Les comportements qui se déroulent à partir d'un même stimulus, à force de se répéter, finissent par demander moins d'attention et de concentration, sont faits rapidement et leur niveau de conscience est bas. Ce phénomène d'apprentissage est appelé « automatisation ». Il montre bien à quel point il est difficile pour les personnes souffrant d'addiction de modifier leurs comportements puisque ceux-ci forment une cascade inconsciente, automatisée qui se déroule à partir de stimuli directs (substance) ou associés (environnement ou émotions par exemple).

Cette automatisation caractéristique de l'addiction participe à provoquer une non adhésion régulière aux soins ambulatoires qui peut toucher plus de 60% des patients dans certaines études [3] et donc un risque accru d'hospitalisations par les services d'urgence.

Cette vision d'un patient ayant perdu tout contrôle est à haut risque d'induire des réponses thérapeutiques qui ne tiennent pas compte de la capacité de la personne souffrant d'addiction à développer ses propres réponses avec ou sans notre aide.

Face au cadre rigide de l'automatisme, le binôme soignant-soigné va tenter de trouver une zone d'accordage lui permettant de trouver des solutions originales. Comme le cerf-volant qui, une fois lancé, va trouver sa stabilité en tenant compte de sa structure, du sens et de la qualité du vent et des compétences du cervoliste.

Le cadre de référence permettant de penser les soins comme une construction originale issue d'un binôme, implique de percevoir le demandeur de soin, non seulement sous la lunette patient mais plutôt sous celle d'une personne ayant une capacité d'agir sur soi en accord avec les valeurs qui l'animent [4]. Cette dynamique d'espoir nous amène à croire dans la possibilité d'une utilisation optimale des ressources personnelles et environnementales afin de promouvoir un état de bien-être et d'équilibre perçu par la personne. Elle implique aussi la participation de la personne soignée aux réflexions dans son environnement et sa cité. Dans cette perspective, ce sont les structures qui s'adaptent aux besoins des personnes et non le contraire. Ce cadre de référence est celui du rétablissement.

Nous avons volontairement choisi de ne pas présenter des situations de suivi thérapeutique mais de partager quelques projets « citoyens ». Ceci en accord avec la référence du rétablissement citée ci-dessus. Ces projets se sont inscrits dans une collaboration soignant-soigné dans un contexte de déménagement de notre consultation, autrement dit de changement de cadre géographique.

La niche à bière

Le premier concerne le devenir des boissons alcoolisées que les patients ont avec eux en venant dans leur lieu de soin. Entre l'usage de la rue et l'interdit du lieu de soins, que proposer dans une zone intermédiaire comme accordage permettant de favoriser une dynamique de réduction des risques et de comportement citoyen ?

L'interdit de boissons alcoolisées dans le lieu provoquait un triple problème :

- Une non prise en compte d'un comportement addictif au quotidien.
- Des situations à risque dans la mesure où les patients avalaient « cul sec » le contenu alcoolisé avant de monter à la consultation.
- La tentation pour les patients de jeter la canette ainsi vidée dans l'espace public avec des risques de rejet de la part des habitants du quartier.

Le projet a consisté à adapter la structure aux besoins de ces patients en installant à l'entrée de la consultation des petits casiers où chaque patient peut poser sa boisson alcoolisée avant de monter et la reprendre à la sortie. A l'intérieur de chaque casier sont écrits des messages de prévention humoristique, dont certains faits avec les patients.

Enfin, la présence de soignants dans l'espace public attendant à la consultation permet un accueil et un dialogue favorisant le comportement citoyen.

Le « jardin » communautaire

Lors du déménagement de notre structure dans le nouveau quartier, les craintes exprimées par l'association des habitants touchaient surtout à l'augmentation du deal et les déchets que pourraient engendrer la prise en soins de cette population très stigmatisée.

Une des réponses que nous avons proposées a été le projet d'aménagement des plates-bandes en face de notre consultation. Celles-ci étaient avant notre arrivée laissées à l'abandon et remplies de défécations canines. Cet environnement nous semblait peu propice au souhait d'intégration dans le voisinage exprimé tant par les patients que par les soignants. Au début, ce travail d'assainissement de l'espace, réalisé en tandem soignant-soigné, a été regardé avec un certain scepticisme par les habitants du quartier et le concierge de notre immeuble. Progressivement, face à l'évolution du paysage et à son embellissement, les constats positifs ont commencé à émerger. Actuellement, ce jardin communautaire bénéficie d'un bout du tuyau d'arrosage du concierge, mettant ainsi en scène l'intégration de ce projet dans la vie du quartier.

Recadré dans une dimension citoyenne

Ces créations orientées sur les besoins des patients, des soignants et des habitants du quartier et prenant appui sur une dynamique de citoyenneté plus que de soins, provoquent un véritable « recadrage » chez tous ces acteurs qui sont sollicités dans leur dimension commune, la dimension citoyenne. Le binôme soignant-soigné intervient de façon souple, en accord avec le milieu de vie et les valeurs de chacun pour participer à un projet qui prend sens dans la Cité.

[1] C. Xirossavidou, Y. Khazaal, D. Zullino, "L'hyper-automatisation" Une voie de compréhension des mécanismes de l'addiction, *Alcoologie et Addictologie* 2009 ; 31 (3) : 000-000

[2] Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior : role of automatic and nonautomatic processes. Psychol Rev 1990 ; 97 (2) : 147-168.

[3] Roux P, Lions C, Michel L, Cohen J, Mora M, Marcellin F, Spire B, Morel A, Carrieri PM, Karila L et al : Predictors of non-adherence to methadone maintenance treatment in opioid-dependent individuals : implications for clinicians. Current pharmaceutical design 2014, 20(25) : 4097-4105

[4] Gobet, P. ; Galster, D. ; Repetti, M. ; Scherer, F. & Constantin, E. (2012). Le case management en contexte. Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif. Lausanne : Editions EESP.