

Addiction et soins : le pari de l'espoir



© Tyler Olson / Dreamstime

Trois expériences menées à Genève visent à améliorer les passages entre les lieux de soins des addictions et la cité. Elles visent aussi, avec le café collaboratif, à favoriser les compétences citoyennes.

Par **Rita Manghi**, médecin adjointe du Service d'addictologie, avec **Yasser Khazaal**, médecin adjoint chargé de cours, et **Daniele Zullino**, chef du service, HUG, Genève

Le réseau psychiatrique est régulièrement confronté à la difficulté d'intégrer des patients présentant des problématiques complexes, sur les plans addictologique, psychiatrique et social, dans une trajectoire coordonnée de soins qui prenne sens pour eux.

Ces constats, en partie du moins basés sur la difficulté d'instaurer un lien thérapeutique encourageant l'autonomie, ont suscité une réflexion autour de « comment pouvoir au mieux accompagner ces patients pour qu'ils améliorent leur qualité de vie, leur santé et leur potentiel d'autonomie ».

L'équipe de liaison communautaire dans la consultation ambulatoire des traitements de substitution, le dispositif de transition dans les unités hospitalières d'addictologie ainsi que la création d'un café hétérogéné sur le domaine public de l'hôpital psychiatrique sont des expériences originales sur le terrain visant à encourager la déstigmatisation, à promouvoir l'autonomie du patient et à encourager l'inclusion et la progression dans l'acquisition de compétences citoyennes.

L'addiction

L'addiction est un comportement dysfonctionnel dont les principales caractéristiques sont la focalisation croissante du sujet sur une consommation (substance et/ou comportement), une perte de contrôle sur le comportement avec une automatisation de certaines conduites de consommation [1], ainsi que la poursuite du comportement en dépit des conséquences négatives pour le sujet et la négligence des comportements alternatifs à l'addiction [2]. L'addiction est une problématique complexe puisqu'elle implique des liens étroits entre la problématique addictive et les comorbidités psychiatriques qui lui sont souvent associées [3-5] et qu'elle conduit fréquemment à des conséquences

médicales générales et sociales problématiques. La polarisation du système de soins dans les deux versants, hospitalier et ambulatoire, ne peut répondre aux besoins spécifiques de cette population.

Une organisation des soins au service du patient

Passer de la polarisation des soins à une vision de continuum a été le pari des modèles décrits par M. Tansella ou G. Thornicroft en favorisant une psychiatrie insérée dans la Cité [6-7]. Ces modèles de psychiatrie communautaire, appelés « Balanced Care Models », ont été développés dans les années 70 et comprennent des dispositifs d'intensité croissante selon les moyens financiers du pays, avec divers niveaux d'intervention [8].

Dispositif « faibles ressources »	Dispositif « ressources modérées »	Dispositif « ressources élevées »
• Médecine de 1er recours • Equipe limitée de spécialistes en santé mentale	• Médecine de 1er recours • Services de psychiatrie générale	• Médecine de 1er recours • Services de psychiatrie générale • Services de psychiatrie spécialisée

Selon ce modèle, un dispositif de soins psychiatriques ou addictologiques dans un pays à « ressources élevées » devrait proposer 5 niveaux de soins :

1. les unités ambulatoires
2. les équipes de santé mentale communautaires
3. les lits d'hospitalisation aiguë, idéalement à l'hôpital général
4. les soins résidentiels de longue durée dans la communauté
5. les services communautaires capables de fournir aux patients psychiatriques souffrant de maladies psychiatriques graves et chroniques, des dispositifs permettant une réhabilitation professionnelle qui ait du sens pour le patient.

Même si ces structures se sont implantées de manière variable selon les pays, la logique et l'organisation des soins restent trop souvent limités à des soins de consultation ambulatoire et à l'hospitalisation [9].

De plus, l'organisation des soins et leur délivrance ne favorisent qu'insuffisamment la participation active des patients, leur inclusion dans les processus de soins les concernant et dans l'organisation des services. Ceci a d'ailleurs conduit l'Association Mondiale de Psychiatrie à souligner l'importance d'intégrer les usagers de soins dans l'organisation des soins [10].

Empowerment, rétablissement et inclusion

Le propos qui suit présente trois expériences genevoises récentes tentant de modifier cet état de fait. Ces expériences s'appuient toutes sur trois concepts fondateurs, l'empowerment, le rétablissement et l'inclusion.

- L'empowerment (« appropriation ») fait référence à la capacité d'agir pour soi afin d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie. Il est à la fois une fin mais plus encore un processus associé à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et à une diminution de l'auto-stigmatisation.
- Le rétablissement fait référence au processus individuel et subjectif de rétablissement. Celui-ci inclut un

élargissement du pouvoir d'agir sur ses conditions de vie et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre perçu par la personne. Ce processus n'est pas synonyme de rémission complète des symptômes mais est favorisé par l'espoir.

- L'inclusion fait référence à la connexion fonctionnelle et active avec soi-même, son environnement et sa cité. C'est un élément clé des processus d'empowerment et de rétablissement. Le concept d'inclusion s'oppose à celui d'intégration en ce qu'il souligne l'adaptation des structures aux besoins des personnes et non le contraire. L'inclusion s'entend également par une participation aux réflexions relatives à l'organisation et l'amélioration continue des services de soins.

Trois expériences genevoises

L'équipe de liaison communautaire dans la consultation de traitements basés sur la substitution

La consultation pluridisciplinaire de traitements basés sur la substitution du service d'addictologie des HUG s'adresse à toute personne ayant une dépendance aux opiacés.

La réaction de l'environnement à une unité de soins qui traite des personnes aussi stigmatisées et stigmatisables que les personnes souffrant d'addiction aux opiacés est, en partie du moins, liée au fondement conceptuel qui sous-tend les soins proposés. Celui-ci s'est progressivement orienté sur le projet de vie du patient plutôt que sur la substitution elle-même. Le pari des soins, orienté depuis les années 70 sur une nécessité de survie (overdoses, épidémie HIV) se déplace depuis quelques années sur un enjeu de qualité de vie et sur l'élaboration avec le patient d'une vie qui prenne sens pour lui au-delà de l'immédiateté de l'effet du médicament. Dans ce contexte, un effort particulier est mis sur l'intégration citoyenne des patients et de notre dispositif.

L'équipe de liaison communautaire est un dispositif pluridisciplinaire qui a pour rôle de rencontrer les acteurs du quartier, associations, îlotiers, pharmaciens, cafetiers, représentants des parents d'élèves, en bref toute structure ou personne susceptibles d'être en contact étroit avec les personnes traitées pour leur addiction.

Ses actions ont permis de développer les échanges avec les habitants du quartier, de confronter les représentations, de développer des actions citoyennes en terme de collaboration, par exemple, à l'organisation de fêtes et d'événements du quartier. Le développement à venir de cette équipe est d'intégrer des patients dans cette démarche d'inclusion.

Ces actions ont aussi montré, à travers des rencontres régulières avec les habitants du quartier, leur impact et leur efficacité sur les représentations parfois négatives des patients souffrant de toxicomanie, sur leurs comportements ainsi que sur les amalgames faits avec les pratiques de deal.

Le dispositif de transition

Le soin hospitalier s'inscrit dans une temporalité brève fortement liée à des périodes critiques. Celles-ci sont le plus souvent en rapport avec une crise, une acutisation des symptômes addictologiques et psychiatriques ou une rupture dans la continuité ou la cohérence des soins. Le soin hospitalier est alors l'espace de traitement choisi et, parfois, le seul possible.

L'ensemble de l'environnement et du système de soins peut se trouver affecté par le processus ayant conduit à l'hospitalisation. Ce soin ne peut donc pleinement se concevoir que dans sa continuité avec ce qui le précède et ce

qui va le suivre, non seulement en termes d'offre de soins mais aussi en termes de connexions de la personne à son milieu.

Pour répondre à ce concept, l'unité hospitalière du service d'addictologie se modifie pour devenir une unité de soins de transition [11] dans laquelle le soin se décline tant à l'hôpital que dans la Cité, et autant en amont qu'en aval de la période de séjour proprement dite.

Dans ce contexte d'évolution conceptuelle, les soins de transition se développent depuis une année. Ils consistent notamment à accompagner les patients après la sortie de l'hôpital durant quatre à six semaines afin de faciliter la transition vers leur milieu naturel, la coordination des soins au plus près des besoins des patients et l'anticipation de possibles crises ultérieures.

Cette attention orientée sur les besoins des patients plus que sur les besoins de la structure semblent donner des résultats positifs en terme de diminution de réhospitalisations et d'amélioration de la capacité à faire appel.

Le Bistro'

On peut observer chez les soignants des représentations épidermiques vis-à-vis des comportements de consommations et une méconnaissance des enjeux qui les sous-tendent. Il s'ensuit trop souvent des réponses répressives, peu efficaces et stigmatisantes pour les patients concernés.

L'idée du « Bistro' » est née de l'observation de la place que prennent les consommations de substances sur le site de Belle-idée, de la fonction sociale d'une partie des consommations et de l'importance d'apporter au phénomène une réponse constructive.

Une réflexion menée avec tous les acteurs du terrain, s'est concrétisée par un projet de création d'un café collaboratif entre soignants, patients et passants. Tous peuvent se croiser sur le domaine public dans lequel se trouve l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée à Genève. Ce lieu co-construit et investi par des populations et des activités multiples propose un maillon de socialisation et d'échanges alternatif.

Cette expérience inclut les services de la cafétéria du « Bistro' » (soutenue par la maison de l'Ancre des EPI), des expositions artistiques et des débats sur des thèmes touchant la réduction des risques, les addictions et la santé mentale et toute autre proposition pouvant intéresser les uns ou les autres. Soutenus par le Département de Santé Mentale et Psychiatrie, ces débats favorisent les rencontres entre tous les « passants » du « Bistro' », quels que soient leur profession ou leur rapport aux soins dans une visée d'inclusion et de déstigmatisation.

De plus, l'intégration systématique et structurelle de patients dans les réflexions et les prises de décisions relatives à l'organisation du « Bistro' » pourraient aider à une meilleure intégration de leurs besoins et à renforcer leur estime personnelle.

Ce projet semble particulièrement prometteur de par ses premiers succès et par les retours positifs des usagers de soins, des partenaires du projet et des associations qui participent aux débats.

En conclusion, ces trois démarches, bien que différentes dans leur présentation et leurs fonctions se basent sur des fondamentaux communs, ceux de l'inclusion, de l'empowerment et du rétablissement. La création de ces différents dispositifs est un pari citoyen. En effet chacune de ces démarches implique une forme d'engagement de tous les acteurs dans un projet qui se structure à l'interface des soins et de la cité. Ceci n'est viable et ne peut se développer que dans une conscience partagée qu'une rencontre où la parole de chacun est respectée et possible, au delà des structures et des fonctions de chacun.

Références

1. Zullino DF, Khazaal Y. The "rut metaphor" : a conceptualization of attractor-shaping properties of addictive drugs. *Substance use & misuse* 2008; 43(3-4):469-79.
2. Goodman A. Addiction : definition and implications. *Br J Addict.* 1990 ; 85(11):1403-8
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of American Medical Association.* 1990 ;264(19):2511-8.
4. Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* 2000 ;20(2):191-206.
5. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 ;64(5):566-76.
6. M. Tansella, Community psychiatry without mental hospitals - the Italian experience : a review, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 79, November 1986, 664-669
7. G. Thornicroft and P. Bebbington, Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development, *British Journal of Psychiatry*, (1989),155,739-753
8. Graham Thornicroft and Michele Tansella, evidence balance of community and hospital care : Overview of systematic Components, *BJP* 2004, 185:283-290.
9. Javier Vázquez-Bourgon, et al. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients, *Actas Esp Psiquiatr* 2012 ;40(5):323-32
10. Jan Wallcraft et al, WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers, *World Psychiatry* 2011 ;10:229-236
11. Simone N. Vigod et al., Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults : systematic review, *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202, 187-194