

**TRANSITION 2010
ETAT DES LIEUX, ETAT DES LIENS**

**BALISES POUR UNE CLINIQUE
INSTITUTIONNELLE DE QUALITE**



CENTRE DE COURT SEJOUR POUR USAGERS DE DROGUES

Chaussée de Fleurus, 216
6060 GILLY
Tél : 071/480508
Fax :071/489552
Email : transition@brutele.be
Site : www.asbl-diapason-transition.be

Ce travail a été réalisé avec le concours du Fonds social pour le secteur de l'aide sociale et des
soins de santé

Photo de couverture : Catherine Degan

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I : Conceptualisation de la demande des patients et de l'offre de soins institutionnelle.	7
1. Essai de définition de la demande des patients	7
2. Aperçu historique	9
3. Les enjeux d'un espace-temps de Transition	11
4. Conclusion	13
CHAPITRE II : Modèles référentiels à Transition	15
1. Approches conceptuelles qui viennent étayer la clinique à Transition	16
2. Modèles qui ne sont pas d'application à Transition	19
CHAPITRE III : Les fondamentaux	21
1. L'addiction comme symptôme	21
2. Le patient comme acteur	21
3. Le cadre institutionnel	22
a) Le Collectif clinique :	22
b) Secret professionnel, vie privée et devoir de réserve :	22
4. Les valeurs humanistes	23
CHAPITRE IV. : Les ressources	25
1. Préambule	25
2. Durant le séjour	26
a) Le « toxique » et le « corps » en question	27
b) La question de l'autre	28
c) La question de l' « individu » - l'individu en « question »	29
3. L'amont et l'aval du séjour.	31
a) En amont :	31
b) En aval :	32
4. Ressources propres à l'équipe	32
CHAPITRE V. : L'évaluation	35
1. L'individu « patient »	35
a) Du point de vue de sa santé :	35
b) Du point de vue de son séjour :	35
2. Le groupe « patients »	38
3. Le collectif clinique	38
4. L'équipe des travailleurs de Transition.	39
5. Les partenaires extérieurs et le réseau de soins.	40
6. Pour conclure ce chapitre sur l'évaluation	40
CONCLUSION	43

INTRODUCTION

Durant l'année 2008, l'opportunité de réfléchir à certains aspects de notre travail s'est présentée dans le cadre de notre supervision institutionnelle.

L'équipe, dans un souci de travail de qualité, s'est proposée de mettre au point une politique de qualité spécifique, adaptée à la situation de Transition. Cette situation comporte deux dimensions qu'il est indispensable de bien distinguer et traiter :

- une dimension administrative d'une part
- une dimension clinique et « mixte » (« mixte » est à comprendre dans le sens où clinique et administration sont indissociables) d'autre part.

Le travail au niveau administratif a été réalisé en 2005 et a donné satisfaction selon une méthode « qualité » classique (1).

L'objectif que nous avons voulu atteindre par la suite pour l'aspect clinique et « mixte » est la construction d'un modèle « sur mesure » au départ des spécificités de nos patients et qui donne la garantie d'un travail de qualité.

Nous avons reçu pour ce travail une aide financière du Fonds Social pour les Etablissements et Services de Santé.

Le travail réalisé avait donc un double objet :

- a) prendre la mesure des évolutions qui touchent Transition (évolution des demandes des bénéficiaires, changements dans l'environnement, évolution des pratiques, etc.).
- b) traduire les résultats de cette analyse en normes de procédures, qui incarneront les engagements que l'institution entend se donner pour répondre à ses missions et ses choix.

Ce travail se veut un instantané, une photographie de notre dispositif qui continuera bien sûr à évoluer par la mise au travail des hypothèses qu'il met à jour.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons été aidé par Monsieur Jean Blairon (directeur de RTA Asbl) qui nous a accompagnés durant toute l'élaboration de cette structuration de notre pensée et de mise en mots de nos pratiques et par Madame Jacqueline Fastrès, qui de réunion en réunion, est parvenue à synthétiser nos discussions. (2)

Jean Blairon nous a proposé une méthodologie qui nous a permis d'écrire le travail ci présent. Son intervention a été menée en référence à l'analyse institutionnelle, plus précisément à la partie de celle-ci qui entend soutenir la réflexion des institutions sur elles-mêmes.

Cette auto-analyse a été menée à partir des logiques d'actions concrètes (éléments factuels, traces, signes à interpréter, etc.), celles-ci ont été contextualisées par rapport à la dynamique institutionnelle ainsi qu'aux « questions publiques » concernées (orientations de la société, enjeux politiques). L'objectif étant de traduire ses réflexions en lignes stratégiques.

(1)Travail réalisé avec Comase Management Consulting et une aide financière de la Région Wallonne.

(2) RTA asbl Rue Relis Namurwès, 1 – B – 5000 NAMUR

Ce travail est le fruit de l'ensemble de l'équipe clinique. La méthodologie qui nous a été proposée par J. Blairon a permis et réussi une mobilisation de l'ensemble de celle-ci. Plus concrètement, vu l'ampleur de la tâche et le temps imparti à la démarche, un travail en sous-groupe nous a été proposé. Chaque sous-groupe était formé de deux ou trois personnes et d'un contradicteur et se voyait attribuer un thème. Six thèmes ont ainsi été identifiés et ont donné lieu à cinq chapitres

La méthodologie a été construite « en escalier » : les personnes titulaires de chaque groupe travaillaient ensemble leur thématique pour un premier tour, soumettaient leur travail à leur contradicteur, le corrigeaient, le tout hors supervision. Durant la supervision, le temps de la séance était divisé en trois plages.

Plage 1 : esquisse d'une thématique A – les grandes idées sont débattues en grand groupe pour permettre au sous-groupe de placer ses balises et commencer à travailler.

Plage 2 : présentation d'une thématique B – le sous-groupe présente son premier texte à débattre et recueille les réactions des collègues.

Plage 3 : finalisation d'une thématique C – le sous-groupe présente son texte amendé pour imprimatur.

Notre réflexion a abouti à cinq grands thèmes.
La supervision a ainsi compté huit séances de travail.

Nous proposons cette production finale comme un référentiel original qui montre qu'une alternative à une démarche qualité est parfaitement possible dans les structures associatives.

Nous proposons au lecteur d'en prendre connaissance et d'en juger par lui-même.

CHAPITRE I : Conceptualisation de la demande des patients et de l'offre de soins institutionnelle.

Le point de départ de notre réflexion s'est posé sur l'analyse de la demande des patients. Nous allons d'abord décrire les grandes lignes de conduite de la demande des patients dans une institution telle que la nôtre.

Après avoir mis en évidence certains aspects du profil des patients s'adressant à Transition, nous avons conceptualisé notre approche du travail en nous appuyant sur certains écrits. Ceux-ci sont constitués de textes et de données statistiques issus des différents rapports d'activités, de notre journée d'étude des 10 ans et des réflexions d'équipe formulées au cours du travail. Au cours de cette analyse, nous avons intégré un essai de références fondamentales sous forme de prérequis.

1. Essai de définition de la demande des patients

Notre travail repose sur une conviction, celle que la toxicomanie est un symptôme qui cache d'autres souffrances. Le choix de ce symptôme n'est pas banal. Nous nous y attardons parce que c'est celui que le patient identifie comme son problème en arrivant à Transition. Ce que la toxicomanie peut signifier prend un sens particulier pour chaque patient. Nous sommes donc vigilants à aider chacun à rechercher le sens que ce symptôme prend pour lui dans sa trajectoire d'être humain.

Dès que possible, nous cherchons avec le patient quelles sont ses autres souffrances ou problèmes liés à sa toxicomanie. Notre attitude est de nous laisser « surprendre » par ce qui est amené par le patient.

Notre travail est axé essentiellement sur le relationnel, sur la rencontre avec une personne en souffrance. Cette rencontre est toujours singulière. Nous tenons tout particulièrement à ce que, dans le travail que nous faisons avec le patient, celui-ci soit reconnu dans sa différence.

a. Contenu de la demande à l'entrée	2005	2006	2007
Sevrage	50.6%	97.7%	92.9%
Soutien thérapeutique	25.9%	84.9%	75.7%
Transition vers un autre centre (postcure)	15.3%	45.3%	40.5%
Autonomie	0.6%	7%	7.2%
Orientation	7.6%	17.4%	15.3%
Autres (aide administrative)	-	2.3%	1.8%
Centre de jour	-	-	0.9%

Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des demandes des patients. Un patient formule bien souvent plusieurs demandes lorsqu'il s'adresse à Transition.

La demande principale énoncée est le sevrage suivi en deuxième position par le soutien psychothérapeutique.

Lors d'un retour, les demandes sont souvent plus élaborées qu'à la première rencontre.

En ce qui concerne le projet, il est abordé à l'entretien d'admission, questionné et réfléchi au cours du séjour.

Dans de nombreux cas, l'idée de la postcure est déjà exprimée lors de l'entretien préliminaire.

b. Niveau de scolarité Il s'agit du cycle scolaire terminé	2005	
	Fréquence	Pourcentage
Aucun	1	1.3%
Primaire	16	20.8%
Professionnel	26	33.7%
Technique	11	14.3%
Général	11	14.3%
Supérieur	1	1.3%
Autres	2	2.6%
Inconnu	9	11.7%
Total	77	100%

	2006		2007	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Aucun	2	2.3%	3	3.2%
Primaire	68	79.1%	35	37.6%
Professionnel	7	8.1%	25	26.9%
Technique	1	1.2%	11	11.8%
Général	2	2.3%	2	2.2%
Supérieur	-	-	2	2.2%
Spécial	-	-	1	1.1%
Donnée inconnue	6	7.0%	14	15.1%
Total	86	100%	93	100%

Le niveau d'étude de la majorité de nos patients ne dépasse pas le niveau technique, un pourcentage important varie entre le primaire et le professionnel.

Entre 70% et 90% des patients n'ont pas terminé l'enseignement général.

Le seuil de réussite ne dépasse généralement pas le cycle inférieur.

c. Ressources	2005	2006	2007
Chômage	39%	29.1%	30.4%
CPAS	10.3%	16.3%	15.2%
Parents	5.1%	8.1%	7.1%
Mutuelle	33.6%	39.5%	42.9%
Sans ressources	1.3%	4.7%	1.8%
Profession	9.1%	2.3%	2.7%
Total	100 %	100%	100 %

Les revenus de remplacement (allocations de chômage, revenu d'intégration sociale, indemnités mutuelles) représentent 88,5 %. En définitif moins de trois patients sur cent ont des revenus liés au travail.

Le tableau des ressources confirme cette appréciation générale de la précarité sociale de nos patients.

Le faible niveau d'étude empêche cette population d'accéder à des professions stables et valorisantes.

Ces patients se retrouvent souvent dans une position d'assisté de la société.

« La toxicomanie n'est pas un usage, une convenance, un caprice. C'est, pour la plupart des patients qui nous consultent, la seule solution qu'ils ont trouvée pour se soulager de ce qui est devenu invivable, insupportable, inhumain, trop douloureux. Quand ils sont sevrés émergent des affects non élaborés liés aux moments les plus douloureux de leur histoire : rage, tristesse, peur, abus, violences de toutes sortes, abandon, décès prématuré, conflit ouvert ou caché entre les parents, ruine, faillite, chômage, séparation brutale, carences affectives, éducatives. Ces événements graves sont souvent niés, banalisés, minimisés, quand ils ne sont pas carrément refoulés ou non pensés. C'est en quoi ils sont traumatiques. »
(Extrait du rapport d'activités 1998).

Prérequis :

- Pour ces personnes, les résultats des violences sociales et de leurs trajectoires singulières font que la toxicomanie a été/est la solution à leurs difficultés.
- Il est impensable de répondre à leur demande autrement que singulièrement dans une pratique relationnelle dont l'outil essentiel est la parole.

2. Aperçu historique

Dans la période suivant la seconde guerre mondiale jusqu'au début des années 60, les initiatives d'aide sociale sont essentiellement d'ordre privé, religieux et fonctionnent grâce à la générosité et au bénévolat.

A cette époque, les valeurs véhiculées sont principalement le don de soi, la notion de vocation et le partage de ses convictions.

De ce bénévolat naît un modèle institutionnel d'identification familiale.

Dans le contexte d'expansion économique du début des années 60, ces structures bénévoles vont être financées par l'Etat qui bénéficie de plus de moyens. En contre partie, ces institutions vont être soumises à un contrôle plus important et à une exigence de qualification des travailleurs.

C'est également dans cette période que des psychologues, psychiatres et médecins font leur apparition dans ces institutions. Ces derniers sont souvent les seuls référents théoriques admis. Ils ont de ce fait un pouvoir décisionnel difficilement contestable.

Les travailleurs sociaux commencent à se former et acquièrent des compétences qui leur permettent de prendre une place plus importante dans le projet éducatif.

Les événements de mai 68 remettent en question les valeurs véhiculées par la famille, le travail, la psychiatrie. Ce mouvement contestataire remet en cause la légitimité des valeurs du travail social qui, sous des aspects de théorisation et de professionnalisation, ne fait pour eux qu'organiser le maintien de la cohésion sociale en exerçant un contrôle sur les populations.

Il s'agit de normaliser les conduites des assistés et d'invalider celles qui sont contraires à l'ordre social.

De cette critique des institutions traditionnelles fermées naît le travail en milieu ouvert. Il ne s'agit plus d'agir sur la personne mais sur les mécanismes sociaux d'exclusion. Le travailleur refuse d'exclure les usagers de leur milieu mais va plutôt s'immerger dans celui-ci.

Le modèle institutionnel dans lequel nous nous situons est structurellement issu d'un mouvement qui a ouvert les portes des hôpitaux psychiatriques au profit de plus petites communautés de vie. Actuellement l'institutionnalisation n'est plus la réponse unique. On favorise l'hébergement de courte durée.

Les usagers et leurs familles redeviennent acteurs de leurs décisions ; leurs points de vue sur la problématique et la manière d'y palier sont prises en compte. Le travailleur social aide à la mobilisation des ressources du patient, il l'accompagne dans l'élaboration ou la réalisation de ses différents projets de vie.

Depuis les années 80, la crise économique ainsi que l'individualisation des rapports sociaux augmentent les inégalités sociales. Un nombre croissant de personnes n'ayant plus accès au circuit du travail, la logique de reconnaissance basée sur celui-ci provoque un nombre croissant de personnes démunies au niveau de leurs droits et acquis sociaux, ce processus étant renforcé par la diminution des mécanismes de solidarité traditionnelle qui s'organisaient autour du statut de travailleur.

Dans nos secteurs, cette crise menace le budget disponible et limite le nombre d'institutions et de travailleurs. On passe d'une gestion étatique des risques sociaux à des politiques qui exigent qu'on fasse preuve de mérite pour avoir droit (l'obligation pour les chômeurs de s'inscrire dans une A.L.E. ou l'obligation d'avoir un projet d'insertion pour bénéficier du revenu d'intégration sociale). On passe d'une logique d'« ayant droit » à une logique de « méritant droit », d'où un contrôle accru du rendement et de l'efficacité des institutions.

Il nous paraît important de signaler que les modèles dont nous vous avons parlé restent d'actualité et que les organisations et les travailleurs sociaux adhèrent à des références multiples qui se superposent, cohabitent voire s'opposent.

En juin 1993, la Ville de Charleroi et le CPAS ont associé leurs efforts pour créer Transition, ce nouveau maillon dans le réseau de soins de notre région. Différents professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie ont accepté la mission de concrétiser ce projet. Forts de leurs expériences respectives, sensibles aux manques mis en évidence lors des échanges favorisés par l'« atelier drogue », ils ont formalisé les grandes lignes de base du projet. En effet, l'offre de soins spécialisés pour les patients aux prises avec les drogues dans notre région en était à ses débuts.

Les hôpitaux disposaient, dans leurs services de psychiatrie respectifs, de neuf lits au total, certains médecins généralistes concernés tentaient de construire les modalités pour qu'un sevrage puisse se réaliser à domicile et ce en veillant à établir des collaborations avec des structures ambulatoires. L'ASBL Trempoline à Châtelet et l'ASBL Choisis à Carnières (cette dernière refondée sous le nom d'Ellipse aujourd'hui) accueillait en séjours résidentiels des patients sevrés, d'autres institutions offraient des suivis, des soutiens, des lieux de rencontres.

Ces nouveaux patients venaient bousculer le travail réalisé habituellement en santé mentale. Transition veut offrir aux patients, d'une part, un lieu où tenter de réaliser un sevrage dans de bonnes conditions d'encadrement et, d'autre part, un lieu, un temps pour réfléchir à une alternative thérapeutique la plus adaptée possible.

L'engagement de l'équipe a alors permis d'initier celui-ci. C'est grâce à la réflexion menée avec tous les travailleurs qui ont oeuvré à Transition que notre projet est ce qu'il est aujourd'hui.

La Ville de Charleroi a consacré à Transition d'importants budgets de fonctionnement jusqu'en avril 1996, moment où nous avons signé une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI.

Chaque année, la Ville de Charleroi continue à allouer à Transition une aide financière contribuant ainsi à un bon fonctionnement institutionnel.

La signature de la convention avec l'INAMI est une reconnaissance de notre institution dans le champ de la santé mentale.

Prérequis :

- La volonté d'échapper aux effets négatifs de l'institutionnalisation est au cœur des références institutionnelles.
- Dans une institution telle que la nôtre, un des objectifs essentiels est la reconstruction du sujet.

3. Les enjeux d'un espace-temps de Transition

Lors d'un voyage d'étude, nous avons fait la rencontre de Philippe Lecorps, psychologue, chercheur, enseignant en santé publique. Nous avons été séduits par sa clairvoyance. Dès lors lorsque nous avons organisé une journée d'étude à l'occasion de nos dix ans, nous l'avons de nouveau rencontré afin d'échanger sur les enjeux de notre institution. De ces rencontres, Philippe a écrit ce texte qui nous est très vite apparu comme fondamental dans notre pratique. En voici l'essentiel, sur lequel nous nous appuyons au quotidien.

D'où nous vient ce mot « transition » et ses diverses utilisations au cours de l'histoire ? C'est un nom d'action qui vient du latin transitio et qui signifie « action de passage, passage », au figuré « passage dans un autre ordre social » mais aussi, « contagion », « défection, passage à l'ennemi », et également « conjugaison » en grammaire. Au XIII^e siècle des emprunts isolés sous la forme de transition ont signifié « agonie ». A partir du XVI^e siècle, en rhétorique c'est une « manière de passer de l'expression d'une idée à une autre, de lier les parties d'un discours ». Bien sûr il est impossible de proposer une synthèse de cette polysémie du mot, mais on peut entendre une petite musique de fond où les notions de passage d'un moment à un autre, de l'expression d'une idée à une autre par le truchement d'un lien, peuvent servir à illustrer les enjeux d'un lieu de transition.

Qui est l'autre reçu dans une institution de transition ? C'est un sujet singulier ! Peut-on comprendre quelque chose de sa singularité ? Peut-on dépasser cette barrière de l'altérité ? Emmanuel Lévinas insistait : « Autrui en tant qu'autrui n'est pas seulement un alter ego ; il est ce que moi, je ne suis pas. »¹ Peut-on alors entendre quelque chose de quelqu'un qui par définition nous est étranger ?

Modestement et humainement, on peut considérer la transition, comme le temps et l'espace de la rencontre, un entre deux où l'on apprend à entendre les questions de l'autre et spécifiquement attendre ce qu'il veut bien nous dire du sens de la vie qu'il mène et de l'aide éventuelle dont il a besoin pour la vie qu'il aimerait mener. Un espace-temps où l'on prépare le transit vers un ailleurs qui convienne.

¹ Emmanuel Lévinas, *Le Temps et l'autre*, PUF, Quadrige (1983), 2001, p.75

Il nous faut partir de ce constat et chercher dans une ascèse éthique de la rencontre, à construire des possibilités de l'entendre plutôt que du comprendre. Pourquoi insister sur le fait de l'entendre, parce que c'est par la parole qu'il nous offre quelque chose de lui-même. Mais le sens de cette parole n'est pas accessible dans l'immédiateté de la rencontre. C'est toujours une parole adressée. Elle passe par le tamis de représentations croisées, celles du patient vis-à-vis des attentes supposées de celui qui l'écoute, celles de l'écouter qui tente de raccrocher la parole entendue, à son savoir accumulé, à ses expériences professionnelles. Piège des catégories en miroir. Que peut-on dire à son éducateur ? Que vaut la parole d'un toxicomane ? Que valent ses plaintes récurrentes, ses serments, les velléités sans cesse exprimées, « c'est maintenant », « j'ai compris », « tout va changer », « rien ne sera plus comme avant ». Tous ces propos qui glissent sur la « patinoire des opinions » comme ironise tristement Imre Kertész². C'est seulement la vie qui peut fonder l'opinion émise. Mais la vie s'échappe en avancées et reculs et de nouvelles avancées. Il faut du temps pour que la personne réinvestisse sa vie comme un sujet qui passe de l'ombre à la lumière et trouve enfin la sortie du labyrinthe où il s'était égaré, pour y replonger parfois, quelques pas plus loin.

Entendre ce n'est pas comprendre ! Pour autant, abandonner la prétention à comprendre l'autre n'est pas le laisser à la solitude de sa plainte. Entendre l'autre, c'est le respecter, accepter sa singularité, reconnaître sa dynamique propre ! Mais si sa conduite le mène droit dans le mur, s'il prend des risques inconsidérés qui mettent sa vie en danger, doit-on rester les bras croisés et le laisser s'enfoncer dans la vase jusqu'à épuisement, comme un promeneur égaré dans les sables mouvants du Mont-Saint-Michel ?

C'est là le temps et l'espace de l'institution, lieu de rencontre où l'on s'arrête pour retrouver l'orientation, le sens, le Nord. Les enjeux du sevrage et de la substitution se situent entre les bornes d'une utopie totalitaire de la guérison et celles d'un projet provisoire, sans cesse à renouveler, à redéfinir pour épauler la personne, à la mesure de ses possibilités. Le soin n'est rien d'autre qu'un projet partagé dans une dynamique d'échanges et d'écoute. C'est l'autre qui sait où il peut aller, nous ne pouvons que l'aider à explorer les voies qui lui conviennent.

L'institution est le lieu de partage, d'analyse des actions menées, d'invention des outils et des méthodes, d'entraînement aux tours de mains des artisans du soin que sont les professionnels qui y travaillent

Extrait du texte de

Philippe Lecorps
Ecole nationale de santé publique
Rennes, France

² Imre Kertész, *Un autre, chronique d'une métamorphose*, traduit du hongrois par Natalia et Charles Zaremba, Actes sud, 1999, p.94

Prérequis :

- Les enjeux de l'espace-temps sont essentiels. Transition recouvre la notion d'action de passage entre deux choses mais aussi la mise à l'épreuve du lien via une rencontre qui respecte l'individu et sa singularité au travers d'une prise en charge collective.
- Le travail peut se construire sur plusieurs séjours d'où la notion d'évolution en spirale ascendante tout en respectant le rythme de chaque personne.

4. Conclusion

C'est sur ces prérequis institutionnels que nous construisons notre travail au quotidien. Cette approche philosophique du travail avec les patients est certainement un des fondements de Transition.

Nous sommes confrontés à une population qui souffre de nombreux manques et manquements. Les demandes de ces patients se développent tout au long du séjour. Nous tentons d'amorcer des ébauches de réponses tant au niveau physique que psychologique et social. Nous sommes régulièrement confrontés à des patients souffrant de problèmes psychiatriques plus ou moins importants et notre système leur permet aussi d'accéder à un certain niveau de parole plus ou moins élaboré, qui leur permet de s'inscrire également dans un projet.

Une rencontre respectueuse de l'autre en tenant compte de la réalité de son parcours, lui permet souvent de développer des compétences et des ressources inespérées. Ces personnes si souvent confrontées à la pauvreté sociale, culturelle, familiale, éducative, émotionnelle, relationnelle, institutionnelle arrivent souvent désabusées dans notre institution. Notre travail consiste en respectant leur rythme (parfois lors de plusieurs séjours, sur plusieurs années) à aborder leurs difficultés et promouvoir l'émergence de leurs capacités à les résoudre, en leur permettant de bénéficier lors de leur séjour de l'encadrement médical, éducatif, psychologique et social nécessaire à tout être humain.

Par ailleurs, nous laissons la liberté à la personne de s'ouvrir sur ses difficultés au moment où elle se sent prête. Bien sûr, certaines règles de base sont obligatoires pour le respect de chacun et de son droit à se soigner. L'encadrement, les règles, les lieux de paroles, les activités sont autant de moyens d'établir une relation et de permettre une réflexion et une évolution.

Respecter leur singularité dans une société contraignante afin qu'ils se construisent chacun un espace de liberté personnelle satisfaisant.

CHAPITRE II : Modèles référentiels à Transition

Dans ce chapitre, nous allons préciser les approches qui sous-tendent la spécificité de notre travail.

Certaines approches nous sont d'emblée apparues moins en résonance avec nos valeurs et de ce fait n'ont pas été retenues, ce qui ne met pas en cause leur validité dans d'autres contextes. Elles seront citées (de manière non exhaustive) en fin de chapitre.

Quels sont nos repères lorsqu'il s'agit de proposer un accompagnement à un patient ? Qu'est-ce qui est à l'origine de notre action ? Au nom de quoi agissons-nous ?

La clinique de Transition ne s'est pas élaborée sur base d'un courant théorique particulier mais se réfère à quelques repères primordiaux, émergeant avant tout d'une rencontre entre des travailleurs aux expériences et qualifications variées.

Cette rencontre fut le terreau d'échanges d'idées et de points de vue autour d'une conception partagée et continuellement réinterrogée de l'identité humaine et de la problématique des dépendances pathologiques.

Notre manière de travailler est tributaire de notre vision de l'humain en général : celle d'un être complexe, de culture, de langage, de relation.

Comme déjà abordé dans la première partie, nous considérons le symptôme comme un compromis imaginé par le patient pour faire face à sa souffrance psychique.

Le travail thérapeutique repose sur un partenariat dans lequel, en reconnaissant pleinement le patient en tant que sujet, nous l'encourageons à être acteur de sa cure et à se réapproprier son existence.

Du fait que chaque personne se différencie d'une autre (mais aussi d'elle-même en fonction du temps), il nous est apparu évident de proposer un accompagnement personnalisé.

Notre conception de la prise en charge s'inscrit dès lors dans une démarche créative pluraliste.

Cela signifie que notre intervention va se situer au carrefour de différents courants, favorisant un accompagnement adapté à la problématique singulière de chaque personne que nous sommes amenés à rencontrer.

Cette démarche est issue d'idéaux humanistes et démocratiques dont un certain nombre de valeurs – le refus de la normalisation et du jugement des personnes, la tolérance, le respect du libre arbitre, de la dignité, le respect de soi, d'autrui, de la vie privée, de la vie en soi – opèrent en tant que fondement de l'action thérapeutique, constituant à la fois sa motivation et sa légitimation.

1. Approches conceptuelles qui viennent étayer la clinique à Transition

Notre souci étant de préserver une proposition de soins pertinente et cohérente, nous avons développé notre approche en nous alimentant à un socle théorique référentiel aux origines composites.

Les approches théoriques citées ci-après nous sont apparues porteuses et sont venues enrichir la rencontre clinique par des hypothèses fécondes.

Transition s'inscrit à la croisée de plusieurs grands courants de la psychiatrie, de la psychologie clinique, de la psychologie sociale et des sciences humaines et sociales dont notamment : la psychiatrie biologique, la psychopathologie psychodynamique européenne, la psychothérapie institutionnelle française, l'approche systémique, l'anthropologie sociale, l'école sociologique française, etc.

Le traitement des toxicomanies passe par la prise en charge médicale (traitements de substitution, traitements de sevrage, traitements aspécifiques...). Les médecins sont chargés de la prescription des médicaments, des bilans de santé, de l'information médicale mais sont tout autant impliqués dans le rapport humain établi avec le patient.

En outre, de par son action sur la pensée, les émotions et les comportements, la thérapie pharmacologique est un outil qui, en changeant la façon d'être-au-monde, va favoriser la relation.

La dimension corporelle se retrouve également engagée dans le travail par le biais des activités sportives proposées et à travers certaines approches au sein desquelles le corps devient « médiateur thérapeutique » (pratique du souffle, sophrologie, relaxation).

L'une des approches précitées occupe une fonction unifiante de la clinique.

Transition, son organisation et la responsabilité de chaque travailleur clinicien interviennent dans la dimension psychothérapeutique.

C'est en cela que le projet s'inscrit dans le courant de la psychothérapie institutionnelle française.

C'est à Georges Daumézon que l'on doit la création du concept de psychothérapie institutionnelle. Il s'agissait de réformer l'institution asilaire en privilégiant une relation dynamique entre soignants et patients. Daumézon la définissait comme « l'utilisation thérapeutique de la vie sociale dans laquelle baigne le patient³ ».

C'est dans la tourmente de la Deuxième Guerre mondiale et la lutte contre le nazisme qu'elle prit un essor particulier et radical. Des hommes aussi divers que le psychiatre et militant libertaire François Tosquelles, le poète Paul Eluard, le médecin et philosophe Georges Canguillem repensèrent le cadre de l'institution asilaire, démarche qu'ils associaient à la lutte contre l'enfermement, la tyrannie, la barbarie. Ils visèrent à instaurer une psychiatrie communautaire qui permettrait de transformer les relations entre soignants et aliénés dans le sens d'une plus grande ouverture au monde de la folie. Dans les années cinquante, ce mouvement fut poursuivi à la Clinique de la Borde par Jean Oury et Félix Guattari.

³ Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, « **Dictionnaire de la psychanalyse** », Fayard. 1997. p.854

Ce qui spécifiait leur pratique, c'était l'importance donnée à la vigilance et à la disponibilité. La vigilance, c'est-à-dire une attention soutenue aux vécus des patients, s'obtenait par un ensemble articulé de lieux de parole entre tous les acteurs de la clinique. La disponibilité était considérée comme un des éléments de base de la lutte contre l'aliénation. Elle se manifestait aussi bien dans le domaine intersubjectif que dans le domaine temporel ou spatial.

Une des idées fortes de leur clinique fut la notion de « collectif soignant », qui devait permettre de rendre possible une grande diversité relationnelle, aussi bien verticale que transversale, ouvrant des champs transférentiels multiples. Une idée révolutionnaire parmi d'autres dans ce concept était d'étendre et de partager la fonction thérapeutique jusqu'au groupe des patients.

Très rapidement, la cohésion de l'équipe s'est faite autour du concept de « collectif clinique » (variante aménagée du collectif soignant dans le cadre d'un centre de court séjour) qui vise à individualiser la prise en charge tout en la maintenant dans une dimension collective, celle de l'institution toute entière.

L'équipe thérapeutique étant composée d'une pluralité d'acteurs, chacun, dans sa fonction et sa formation différenciée, interroge la fonction du symptôme sous un angle différent, mais toujours dans l'idée d'en décoder le sens et le(s) destinataire(s).

Cette démarche suppose le respect, la reconnaissance et la complémentarité du travail de chacun afin de servir la cohérence de notre travail.

A Transition, on peut repérer deux lieux articulés de la scène institutionnelle :

⊕ Côté jardin, la scène d'un lieu de vie, d'un quotidien rythmé par des rituels, où se rencontrent les patients et les travailleurs.

Parmi ces rituels prennent place les groupes de parole quotidiens, animés par les membres de l'équipe éducative et dont les règles sont la confidentialité, la liberté de parole, le respect et la non-violence.

Le groupe de parole est un lieu privilégié de partage et d'écoute. Ces groupes peuvent porter sur divers thèmes (les projets, la coupure, le cadre, les limites, le sens de la cure) ou être axés sur le fonctionnel, le quotidien en maison (groupes dits « communautaires »). C'est toujours un espace d'échanges au sein duquel nous allons inviter le patient à prendre sa place de sujet, à exprimer les difficultés personnelles et/ou interpersonnelles qu'il rencontre, ses émotions et éventuellement sa souffrance. Dans ce contexte, le groupe (formé par les animateurs et l'ensemble des patients) devient témoin, miroir, support. Il s'agit également d'un outil qui permet un relais : ce qui sera déposé en groupe de parole pourra avantageusement être repris en entretien individuel.

La vie de groupe proposée à Transition est un choix. Chaque patient y amène un peu de son histoire. Les interactions entre résidents et avec les membres de l'équipe vont ainsi mettre en lumière des comportements et des schémas (tels qu'ils ont pris naissance dans la famille d'origine) qui pourront ensuite être analysés dans le travail individuel, en vue d'amener le patient à prendre le risque d'expérimenter des modes de communication et de fonctionnement nouveaux.

⊕ Côté cour, la réunion clinique hebdomadaire où se rejoue une partie de la première scène et où se rencontrent les différents membres de l'équipe clinique.

Lors de ces réunions, nous allons échanger des informations concernant le patient en vue d'unifier les différents aspects perçus au travers de la vie quotidienne (activités, groupes de parole, entretiens individuels, accompagnements à l'extérieur, discussions informelles). Chaque travailleur est amené à prendre position, à s'exposer tout en prenant distance, ceci afin d'alimenter la réflexion et proposer au patient une stratégie thérapeutique cohérente. Ce travail d'équipe assure un climat de soutien mutuel.

Pour aider le patient dans sa quête de sens et faire surgir les conditions d'un changement fondamental, nous allons travailler à partir d'hypothèses qui vont se co-construire progressivement avec le patient et avec l'équipe.

Chaque travailleur de l'équipe thérapeutique est libre de poser une hypothèse qui puisse donner un éclairage particulier aux difficultés vécues par le patient et amorcer un travail psychique chez des sujets en panne. Nous faisons des liens entre passé, présent et futur : l'histoire du patient, les comportements marquants actuels, les capacités d'intégration et de projection dans l'avenir. Nous cherchons à ouvrir un questionnement plutôt que d'épingler le patient au diagnostic qui peut être posé, plutôt que de le juger.

Il ne s'agit pas de détenir un savoir sur le patient. Inutile de faire des hypothèses à consigner dans un dossier si elles ne nous sont pas d'un intérêt clinique ! Nous allons dès lors en discuter avec lui de sorte qu'il puisse y réagir, les faire siennes, les faire évoluer ou les rejeter et nous orienter vers des pistes plus mobilisatrices.

Nous essayons d'employer le temps de la crise et du sevrage (qui bien souvent fait remonter les émotions et souvenirs) pour susciter une demande de savoir des patients sur ce qui leur est arrivé. Les hypothèses interviennent alors comme « prothèse à penser ».

Parfois, ce que nous formulons en équipe n'est pas entièrement ou immédiatement partagé avec le patient parce que, présentant chez lui une fragilité, nous pensons devoir le protéger et respecter ses défenses.

Une hypothèse peut ne pas faire sens pour le patient. Peut-être a-t-elle été mal formulée, est-elle prématurée ou encore erronée auquel cas nous allons le reconnaître auprès du patient.

Le patient acceptant trop rapidement nos hypothèses sans que cela relance des questions personnelles, par adaptation ou mimétisme, nous incitera également à la prudence.

Un aspect essentiel du travail à partir d'hypothèses est d'avancer au rythme du patient dans une dialectique constante entre ce dernier et l'équipe. En outre, au-delà des différences de rythme individuel, la problématique à laquelle nous sommes confrontés implique que la prise en charge soit instaurée dans un continuum de temps (prolongations possibles, acceptation de retours, relais avec d'autres structures).

L'équipe s'est également penchée sur les spécificités et les effets thérapeutiques du travail socio-éducatif, complément indispensable à l'intervention psychologique et médicale.

L'éducation ne devrait être ni la culture d'un individualisme sans contrainte, ni l'adaptation conformiste à la société historique ambiante.

Eduquer, c'est inculquer une façon de vivre dans le respect d'une loi humanisante, aussi appelée fonction paternelle, afin de domestiquer la violence primordiale qui nous habite tous.

Eduquer, c'est amener le sujet à la réalisation de son existence personnelle (et interpersonnelle) authentique, en l'engageant à poser des choix, à assumer la responsabilité de ses actes et à communiquer tout en mobilisant les ressources qui lui sont nécessaires pour affronter la réalité.

C'est encore favoriser sa capacité de créer, de se créer et de créer ses propres valeurs.

Nous ne sommes pas en recherche d'une neutralité absolue avec le patient. Nous l'interpellons, nous essayons de l'étonner, nous le poussons à faire des liens, à réagir, et ceci dans un espace cadré et cadrant.

Dans ce contexte, notre travail socio-éducatif ne se limite pas à un travail de rééducation, à promulguer des savoirs, ou savoir-faire mais vise le savoir- être et l'humanisation par le développement des potentialités individuelles.

Notre cadre va favoriser la création d'un lien potentiellement thérapeutique : un cadre qui laisse à chacun la possibilité de dire sans faire, de transgresser sans détruire, de renoncer sans renoncer totalement ; notre cadre se voulant avant tout sécurisant (pour les patients comme pour les travailleurs) et structurant, fixant des règles, des limites, et symbolisant par-là les lois de l'humanisation.

Si l'expérience d'abstinence que nous proposons marque pour certains l'entrée dans un processus thérapeutique, elle n'en constitue pas pour autant l'issue. Transition, comme son nom l'indique, n'est qu'une étape au sein d'un processus évolutif de changement, un temps particulier d'essais et d'erreurs, fait de hauts et de bas.

La prévention de la rechute et la réduction des risques constituent dès lors un prolongement et la consolidation du processus thérapeutique. Dans l'attente des conditions favorables à l'éloignement de la dépendance, nous accompagnerons le patient au cours d'entretiens dits « de soutien » afin de réduire les risques dérivant de sa consommation, d'éviter l'irréparable, de l'aider à améliorer sa qualité de vie et lui permettre un investissement et une projection dans l'avenir.

2. Modèles qui ne sont pas d'application à Transition

Les approches :

- visant d'emblée l'abstinence totale et centrées sur l'identification de la personne à son symptôme : AA, approche initiée par le Docteur Bob, Bill William, douze étapes fondées sur la motivation et ses différents stades : Di Clemente, Proschaska;
- socio-comportementalistes fondées sur les théories de destruction/restructuration de la personnalité (briser les défenses du patient) dont sont issues certaines communautés thérapeutiques hiérarchiques ou programmatiques ;
- de contrôle social référées à des collaborations avec la sphère judiciaire notamment dans le cadre de l'aide contrainte ;
- médicales linéaires (diagnostic/suppression du symptôme) ;
- problem solving (thérapies brèves centrées sur un changement précis) ;
- les programmes de prises en charge par les pairs (encounter group) ou de changement par l'exemple ;
- les approches non-psychologiques/non-psychiatriques réduisant les assuétudes à des troubles de la socialisation.

Comme nous venons de le voir, l'équipe soignante de Transition est traversée par plusieurs approches du travail thérapeutique qui tantôt se croisent, cheminent côte à côte, tantôt se confrontent, mais sans s'exclurent. Cette approche « hybride » n'a d'aucune manière la prétention d'être LA réponse à une problématique aussi complexe. Elle trouve à nos yeux sa légitimité dans la qualité du lien existant avec nos patients et dans la créativité nourrissant ce travail relationnel.

Sources :

« **Transition : 10 ans déjà** ». Minutes de la journée d'étude du 16 mai 2003 :

« **De la pression sociale à l'épanouissement personnel** ». Atelier N°1. Jean-François De Henau, Frédéric Eeklaer, Cathy Hubert, Christine Ledent, Alain Poelmans

« **Toxicomanie, un symptôme qui en cache d'autres** ». Atelier N°3.
Emily Charlier, Marylène Dupont, Sylvie Martin, Eric Mathy, Sandro Provenzano, Jean-Pascal Rochet, Yolande Van Droogenbroek

« **Transition : un refuge pour se panser, voire pour se penser** ». Atelier N°2. Sibylle Michel, John Vervecken

Rapports d'activités de Transition :

« **Repères pour la clinique à Transition** ». John Vervecken in rapport d'activités de Transition. 2004

« **Putain ça penche, on voit le vide à travers les planches** ». Une clinique fondée sur l'utilisation thérapeutique de la vie sociale dans une éthique de la relation et de la parole. John Vervecken in rapport d'activités de Transition. 2006

CHAPITRE III : Les fondamentaux

Dans ce chapitre seront pointés les critères fondamentaux de notre approche, ces axes essentiels qui donnent sens à notre action et autour desquels chaque membre de l'équipe se rejoint.

1. L'addiction comme symptôme

Les consommations de drogue font partie de toutes les civilisations humaines et ne sont donc pas en soi pathologiques.

Nous considérons la prise récurrente de toxiques comme une recherche de solution par le patient, solution présentant des risques et des limites mais face à laquelle nous devons suspendre tout jugement, sans pour autant se fourvoyer dans la complaisance ou la banalisation.

Dans cette optique une attention toute particulière est portée au sens du symptôme, qui a valeur de langage. Ce que le sujet peut en dire, montrer ou agir nous donne des indications sur sa fonction dans la dynamique intrapsychique et interpersonnelle du patient.

Par ailleurs, si nous proposons l'abstinence lors du séjour à Transition, c'est en tant que moyen d'expérience sur soi-même et non comme idéal de vie qu'il faudrait atteindre à tout prix.

2. Le patient comme acteur

La pratique à Transition s'inscrit dans le champ de la santé mentale ; elle se centre sur la souffrance psychique dans une perspective historique et considère le patient comme sujet de sa démarche et acteur de son traitement.

Ceci implique que l'offre de soins s'adresse à un sujet avec lequel s'engage un dialogue original et singulier où chacun est partenaire de la relation. Cette offre de soins au cas par cas répond à des indications précises et limitées, soucieuse de toujours s'inscrire d'emblée dans un processus évolutif à plus long terme.

Nous utilisons les ressources médicales pour soigner/préserver le corps et les ressources de la pharmacopée psychiatrique pour rendre possible une rencontre avec le sujet.

Notre position éthique est non-autoréférentielle : nous refusons de laisser croire que nous sommes détenteur de « la » vérité du patient. Le travail consistera notamment à l'accompagner dans cette recherche, sans lui proposer du « prêt-à-penser ».

De ce fait, nous avons choisi a priori de faire confiance à la parole du patient et d'instituer celle-ci comme légitime.

Nous visons à donner à chacun la possibilité de faire ses propres choix de vie. Cela implique que l'on respecte le droit inaliénable de la personne à refuser les offres de soins (exception faite des cas particuliers qui réfèrent aux obligations légales dans le cadre des maladies psychiatriques). Voilà qui nous distingue d'une idéologie hygiéniste et qui respecte le droit des personnes à être sujets de leurs choix de santé autant que de leurs choix existentiels.

Par ailleurs, tout patient s'inscrit dans une histoire socio familiale et culturelle singulière qu'il nous semble fondamental de prendre en considération, et conséquemment à favoriser, chaque fois que cela nous apparaît comme pertinent, des collaborations avec les familles, les conjoints ou autres proches du patient. Ce travail doit permettre d'interroger les fonctions du patient désigné et des symptômes amenés dans ces différents systèmes.

3. Le cadre institutionnel

a) Le Collectif clinique :

Au fil des années, la pratique institutionnelle propre à Transition s'est organisée autour du concept de « Collectif clinique »⁴.

Dans cette conception de l'institution, c'est l'équipe soignante, mais aussi chaque patient individuellement ou en groupe, et chacun des travailleurs avec sa personnalité, son expérience de vie, sa place singulière, sa formation ou fonction différenciée, qui ont des potentialités thérapeutiques.

Cette approche propose une expérience de vie en société dans une éthique de la relation et de la parole. Elle donne une place primordiale à la qualité de l'environnement relationnel.

En outre, la grande diversité relationnelle, aussi bien verticale que transversale, que cette approche rend possible ouvre des champs transférentiels multiples. La scène institutionnelle est le lieu où se mettent en perspective une constellation de transferts dans leur dimension de répétition agie du passé.

Considérant que la réalité psychique est un objet hypercomplexe qu'on ne peut appréhender par des théories par définition réductrices, nous avons fait le choix de travailler en équipe pluridisciplinaire. Les regards croisés et attentifs des soignants tentent dès lors de pallier partiellement à cette complexité.

Notre travail est étayé par le cadre institutionnel. Ce cadre symbolise les interdits sociétaux (inceste-meurtre) qui fondent le vivre ensemble de la communauté humaine, c'est-à-dire le rappel des « lois au service de la vie » par une médiation de la violence. Les difficultés dans les champs de la sexualité et de l'agressivité, qui s'expriment par des comportements, des dire parfois d'apparence anodine, sont sans cesse mis en question et reliés à l'histoire singulière de nos patients.

Il s'agit également, au travers de la dimension éducative, de restaurer et de développer la socialisation des personnes en les nourrissant d'une réflexion sur la condition et la vie humaine tout en leur donnant les moyens d'un esprit critique.

b) Secret professionnel, vie privée et devoir de réserve :

Le cadre institutionnel inclut également un ensemble spécifique de règles de fonctionnement des travailleurs dans leur relation aux patients.

A Transition, nous nous considérons comme garants du droit des patients au respect de la vie privée. Le patient a droit à l'intimité préservée. Par ailleurs, le droit à la parole, que nous défendons pour chacun n'est pas à confondre avec une obligation de tout dire. Nous nous gardons d'être une « institution totale », sorte de panoptique où il ne serait laissée aucune place pour l'intime.

De plus, le clinicien ne disposera de la parole du patient que selon les règles des codes de déontologie⁵ du secteur socio-psycho-médical, ainsi que des références éthiques développées à Transition concernant le dispositif du secret professionnel partagé au sein du collectif clinique.

⁴ Comme exposé dans le chapitre sur les modèles référentiels, le « collectif clinique » est une évolution de la notion de « collectif soignant » - issu des pratiques de la thérapie institutionnelle - aménagé dans le cadre d'un centre de court séjour.

⁵ Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux UFAS, Code de déontologie de la Fédération belge des psychologues, Loi relative aux droits des patients du 22 août 2002 (Moniteur belge du 26.09.2002), Charte éthique de la Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques, Charte éthique de la Fédération Wallonne des institutions pour toxicomanes, Charte éthique de la réduction de risques, Code de déontologie médicale.

Enfin, la confidentialité sera garantie aux patients vis-à-vis du monde extérieur (familles, services sociaux, sphères judiciaires, institutions de soins), exception faite de circonstances exceptionnelles qui feraient que cette confidentialité présente un risque important pour le patient ou ses proches.

4. Les valeurs humanistes

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, notre approche clinique se veut multi-référentielle. Cette démarche est portée par une équipe fédérée par un ensemble de valeurs humanistes.

Nous refusons de réduire la personne à une maladie, à un symptôme. Nous rencontrons des personnes en difficulté, secondairement des patients qui viennent nous voir au nom de la drogue, des proches, du Juge. Nous sommes d'abord confrontés à un humain et non à une maladie.

Notre attention est dès lors tout naturellement centrée sur la prise en compte du sujet, ce qui peut qualifier notre approche de « personnaliste » en ce sens que nous privilégions la personne dans sa subjectivité individuelle, par rapport à des considérations collectives ou sociales.

Puisque le vécu des patients fait sens à nos yeux, nous les accompagnons dans un travail de construction d'hypothèses et de recherche de sens.

Nous nous inscrivons exclusivement dans une démarche de soins, si ce n'est un versant de recherche théorique et épidémiologique. Notre approche se distingue donc radicalement du contrôle social, de l'expertise et ne peut être à elle seule, c'est-à-dire sans une demande personnelle itérative, une alternative à une mesure judiciaire.

CHAPITRE IV. : Les ressources

1. Préambule

Avant d'entrer dans le vif du sujet, à savoir, vous présenter les différentes ressources utilisées à Transition, nous avons trouvé intéressant d'identifier neuf prérequis à tout travail de qualité dans notre institution :

- Nous appréhendons le patient dans sa singularité et travaillons donc au cas par cas.
- La parole du patient et la place qui est accordée à celle-ci sont au centre de notre système de soins.
- A priori, nous partons de ce que le patient nous dit. Il est porteur de sa vérité du moment.
- Nous ne portons pas de jugement de valeur.
- Ce qui est confié à l'équipe clinique reste dans l'équipe clinique.
- Le patient est un partenaire responsable : nous favorisons sa prise de position en tant que sujet.
- Les décisions prises par l'équipe sont concertées et négociées autant que possible avec le patient
- Toutes actions menées, décisions prises présupposent que le sens de celles-ci puisse être partagé avec l'équipe et le patient.
- Un échange quotidien entre les intervenants, une réflexion et une cohésion d'équipe sont indispensables.

L'application de ces prérequis requiert une grande disponibilité de l'équipe.

Par « ressources », nous entendons les engagements pris par chaque travailleur pour que chacun des patients puissent bénéficier d'un encadrement optimal durant son séjour. Celles-ci s'avèrent non programmées et non figées.

La demande première des patients est généralement un sevrage physique. L'équipe souhaite néanmoins offrir un lieu différent d'une hospitalisation classique, ce qui permet d'aller au-delà de cette première demande tout en la prenant en compte.

En effet, nous pensons que la problématique rencontrée dépasse très souvent le champ du médical. Notre structure d'accueil s'organise autour d'un collectif clinique reprenant l'ensemble des travailleurs thérapeutiques (médecins, intervenants sociaux, éducateurs, psychothérapeute, direction clinique).

Ce collectif clinique travaille dans un modèle décisionnel horizontal. Chaque décision clinique est prise et portée par l'ensemble de l'équipe.

En ce sens, chaque ressource utilisée à Transition peut être considérée comme transversale et non figée. Il est donc intéressant de disposer de différents lieux d'actions qui soient reliés.

Pour faciliter notre présentation, nous allons vous présenter ces ressources et lieux d'actions durant le séjour d'un patient sous trois axes de lecture, à savoir, le toxique et le corps – l'Autre – l'Individu. Ces trois axes doivent en permanence se penser comme foncièrement interconnectés.

Ensuite, nous développerons les ressources mises en place autour du séjour du patient, à savoir en aval et en amont du séjour et nous terminerons par les ressources propres à l'équipe.

2. Durant le séjour

Quelques mots clés

- Le séjour : la durée de la prise en charge résidentielle au sein de l'institution est fixée à un mois avec possibilité de prolonger. Il y a un « avant séjour » et un « après séjour » que par choix, nous développerons par la suite. Le parcours d'un patient dans l'institution est souvent composé d'une suite de séjours différents.
- La *répondance* : l'éducateur qui a vu le patient lors de son premier contact devient le répondant de celui-ci. Dès ce premier contact, un lien singulier se met en place entre eux. Le répondant ⁶ tentera de créer un fil conducteur tout au long de son séjour en abordant des difficultés quotidiennes du patient, son projet immédiat pour l'après Transition, etc. Il s'en servira également comme un guide éducatif favorisant les interpellations et les négociations. Enfin, lors des réunions cliniques, le travailleur se voudra porteur de la parole du patient dans le séjour mais aussi lors des demandes de réadmission.
- Le groupe : réunion quotidienne et obligatoire qui rassemble l'ensemble des patients et deux éducateurs. Ces derniers sont responsables de la gestion du groupe et de la sécurité émotionnelle de chacun (temps de parole, début-fin, thèmes abordés, garant du respect de chacun). Le groupe prend différentes formes, utilise différentes techniques et moyens d'expression. Qu'elle qu'en soit la forme, le groupe est un moment privilégié destiné aux patients, ancré dans un respect mutuel des participants et une attitude d'écoute. Il permet à chacun de s'exprimer, de prendre la parole, de se remettre en question, de vivre des moments de partage (de vie, d'émotions), d'être en relation avec l'autre (en sa présence et « au vu de »). Il tend à renforcer l'ouverture, l'étonnement, le sentiment d'existence et d'appartenance, l'acceptation de la fragilité et du soutien, le dépassement de soi, etc.

⁶ *Comme le dit le poète Edmond Jabès, pour l'être humain, « la réponse est le malheur de la question », car la réponse que nous recevons de l'autre nous empêche de poursuivre notre propre questionnement. Ce qui ne veut pas dire que nous ne puissions pas nous servir d'un répondant, de quelqu'un qui nous soutienne dans la recherche de nos propres réponses.*

Jean-Pierre LEBRUN, « Un monde sans limite ». Eres, 1997. P. 128

a) Le « toxique » et le « corps » en question

Le patient dans son rapport à la prise de toxiques, à sa santé, à son corps.

Ce qui fait point de convergence pour nos patients, c'est que tous ont recours de manière récurrente à une prise de produits dits toxiques. La toxicité venant parfois autant, sinon plus, de l'usage que de la valeur ajoutée, celle de pseudo remède. Comme évoqué précédemment, la demande première de nos patients est de stopper cette prise de toxique afin de tenter d'arrêter l'engrenage ressenti par nos patients : le remède se transformant en poison et vice-versa.

Nos objectifs sont de permettre au patient une meilleure lecture des tenants et aboutissants de sa consommation ; d'évaluer avec lui l'adéquation et la faisabilité d'un sevrage ; de réaliser soit une stabilisation soit un arrêt de son traitement de substitution ; d'élaborer un traitement adapté à sa situation actuelle et future. Tout ceci en travaillant tant sur les plans de la qualité et du respect de la vie, de la prévention que des plans multiples tels que et pour ne citer qu'eux ; la prise de risque, le rapport au corps, l'autodestruction, la sexualité, le désir de mort.

Ressources utilisées :

- Le cadre de Transition pose un engagement de non consommation des patients durant le séjour. Seul le traitement médical prescrit et discuté est autorisé. Déroger à cette règle implique la rupture du contrat en cours et donc la fin du séjour.
- A son entrée, le patient est systématiquement vu par un médecin. Le généraliste et le psychiatre, une fois leur anamnèse effectuée, gèrent et adaptent le traitement au cas par cas et au jour le jour en accord avec le patient. L'équipe clinique est partie prenante du traitement, renvoie aux médecins ainsi qu'aux patients son feed-back afin d'assurer la pertinence des soins. Un diagnostic souple et évolutif sert de toile de fond aux prescriptions plus pointues (problèmes particuliers de santé, problèmes psychiatriques). Un bilan de santé général et systématique (prise de sang) est effectué et des examens complémentaires extérieurs sont réalisés si nécessaire (imagerie médicale, avis spécialisé, etc.).
- Un travail de prévention et d'information est effectué dans le but de sensibiliser le patient à sa santé et à sa qualité de vie. Ce travail s'effectue par le biais des contacts individuels avec les différents membres de l'équipe clinique et lors des groupes santé développant des thématiques tels que : l'alimentation, les comportements à risques, les maladies infectieuses, l'hygiène. Ces différents groupes sont organisés notamment par l'infirmière de l'équipe éducative. Bien entendu le cadre de vie proposé à Transition se veut en harmonie avec cette qualité de vie recherchée (horaires, repas, hygiène, sport, culture).
- En ce qui concerne le rapport au corps et les difficultés (voire co-morbidités) adjacentes à la consommation, le panel d'outils s'étend des différents lieux privilégiés de parole (répondance, entretiens avec les éducateurs, les médecins, le psychothérapeute) pour s'élargir vers des outils plus spécifiques tels que des séances d'exercices de respiration, les groupes de sophrologie et de relaxation, les groupes théâtre au sein desquels, dans un cadre structuré et sécurisant, vont se créer de nouveaux espaces transitionnels. Le corps du patient est alors une scène sur laquelle il peut jouer, explorer, éprouver et expérimenter des sensations corporelles, des émotions et des affects tels que l'angoisse, la détresse, le plaisir, la frustration. Ce qui est soulevé et vécu dans le corps devient le matériel sur lequel viendra se greffer un travail d'association.

b) La question de l'autre

Le patient dans son rapport aux autres, à la société, sa capacité à vivre ensemble, son rapport à la règle.

L'objectif est de permettre au patient de cheminer dans une approche participative, de se livrer à des expériences « émotionnelles » et « exportables » au sein d'une vie de groupe.

Ressources utilisées :

- Le code de vie est un document évolutif reprenant les règles essentielles établies par l'institution et visant le bon fonctionnement de la vie communautaire tout en garantissant à chaque patient un encadrement cohérent et personnalisé. Lors de l'entrée du patient, ce code de vie est lu, expliqué et validé par les deux parties s'engageant, sous peine de sanctions connues, graduées et ciblées au respect de celui-ci. Les médecins et le psychothérapeute ont un lien avec le patient en partie découplé de la sanction, en ce sens qu'ils ne la posent pas mais la soutiennent néanmoins et la travaillent.
- Le contrat est un document présenté à l'entrée du résident et reprenant l'engagement bilatéral en vue d'assurer la prise en charge du patient. Ce document est signé par les deux parties.
- Les onze éducateurs formant l'équipe éducative sont toujours présents à tour de rôle dans l'institution. Garante du cadre, l'équipe éducative peut à tout moment intervenir sur la manière dont les patients prennent leurs parts dans la gestion quotidienne. Les interventions de l'équipe tendent à la mise en place d'un processus de dialogue, de partage, de compréhension de l'autre et du cadre. L'équipe propose des moyens de résolution de difficultés et de conflits différents que ceux souvent utilisés tels que la non implication, la consommation, la violence. Elle est garante de la vie quotidienne, de l'organisation des temps nécessaires à la collectivité, du suivi plus personnalisé des demandes et démarches des patients.
- La ré pondance est un lien décisionnel au quotidien et de négociation singulière. Par négociation, nous entendons que le patient peut être acteur de demandes tout en tenant compte du cadre institutionnel (code de vie). Ses demandes seront analysées et évaluées avec le répondant afin d'apporter une réponse la plus adéquate possible. Ces moments de négociations renvoient le patient à des difficultés comme l'acceptation de la limite, la reconnaissance de l'autorité de l'autre, la frustration, l'attente, le renoncement, le recours à un tiers.
- La direction. Elle intervient dans la vie quotidienne pour appuyer les décisions de l'équipe quand cela se justifie.
- La participation active au quotidien (gestion de la maison) : il s'agit d'obligations ayant un impact direct sur l'apprentissage, la qualité de vie, le respect, la participation de chacun au collectif, l'estime de soi. Nous tentons de créer un contexte de vie structuré impliquant que le patient prenne part aux tâches ménagères (nettoyer les lieux de vie communs, la préparation des repas, etc.), respecter un horaire négocié et déterminé (lever et coucher, temps des activités, temps des sorties).

- Les activités sportives et culturelles : le choix de proposer quotidiennement des activités de ce type est prépondérant et poursuit entre autre des objectifs tels que :
 - l'amélioration de l'hygiène de vie.
 - la détente et l'amusement.
 - le constat de ses capacités, la prise de conscience de son propre potentiel et de son évolution.
 - la rencontre de soi et de l'autre.
 - une confrontation à l'extérieur avec un encadrement sécurisant
 - l'accès à d'autres modes de pensée.
 - découvrir d'autres lieux d'enrichissement, d'autres types de plaisir.
- La remise en ordre social : dès la demande initiale d'un patient en vue d'un séjour ; une aide, un soutien peuvent être mis en place par l'équipe éducative permettant au patient de prendre sa situation sociale en main (dossier mutuelle, carte d'identité, gestion de dettes). Cela peut aller de notre simple présence à l'accompagnement « physique » sur les lieux des différentes instances sociales (investissement en temps et en moyens important). Il ne s'agit pas de « faire à la place » du patient mais bien de l'aider à (re)prendre sa place en tant que sujet responsable.
- Les groupes de paroles :

Le groupe communautaire.

Ce groupe de parole donne un espace aux résidents afin d'échanger sur leurs difficultés, essentiellement relationnelles, rencontrées dans la vie communautaire. Il favorise les prises de position en invitant chacun à prendre sa place dans le groupe et à s'exprimer sur la dynamique de celui-ci.

Le groupe projet.

Ce moment permet à chacun d'exprimer l'état de sa réflexion et de ses actions par rapport à l'élaboration de l' « après Transition ». Notre préoccupation concerne ce que le patient imagine ou met en place pour conforter ses choix de vie. Dans le même temps, chaque patient reçoit en écho le point de vue des autres patients et entend l'expérience de chacun afin d'alimenter sa réflexion personnelle.

Différents groupes à thèmes.

Lors de ces groupes seront abordés des sujets très différents en lien direct avec les besoins, demandes du groupe. Il s'agira, par exemple, tantôt de s'exprimer sur les représentations familiales, sociétales, les aspects positifs et négatifs à être en séjour à Transition, tantôt des groupes visant à évaluer ensemble la capacité à se positionner, à se différencier, à prendre la parole, à écouter.

c) La question de l' « individu » - l'individu en « question »

Le patient face à lui-même

Permettre au patient de réaliser un travail de réflexion et d'introspection afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants de sa consommation et d'évaluer les moyens à mettre en œuvre pour son épanouissement personnel.

Ressources utilisées :

- La parole possible : des espaces privilégiés de parole avec les différents membres du collectif clinique sont organisés systématiquement et en fonction du besoin de patient. Il est proposé au patient de prendre du temps avec le travailleur mais la parole peut s'épanouir parfois dans d'autres lieux si la situation s'y prête. Les entretiens peuvent être individuels, familiaux, de couple. Les groupes sont également des espaces privilégiés de parole.
- L'adéquation des besoins et du projet : avec son répondant notamment, le patient, lors d'entretiens réguliers, sera amené à analyser ses besoins, cerner ses difficultés et évaluer ses ressources intérieures comme extérieures. Il lui sera demandé de mettre en place un projet de vie cohérent après son passage dans l'institution. Ce projet peut prendre des formes diverses comme un suivi en ambulatoire, une postcure (avec la possibilité de rester dans la structure en vue d'attendre une entrée directe ou la mise en place d'entretiens de soutien à l'extérieur tout en étant déjà sévré), un retour en famille. Le patient décide de son projet mais le collectif clinique ne manquera pas de le questionner et de l'inscrire dans la réalité.
- Le rapport avec l'extérieur : durant le séjour, une coupure effective avec l'extérieur est mise en place. Cette prise de recul est importante afin que le patient puisse se décaler du quotidien, arrêter d'être dans l'agir pour pouvoir « se penser », se centrer sur lui-même. Pratiquement, pendant les quinze premiers jours, seuls des contacts limités et distancés sont possible (4 x 10 min. par semaine de téléphone plus le courrier) et toutes les démarches extérieures sont effectuées avec un membre de l'équipe. Cependant, nous tentons d'inscrire le séjour dans la (re)création, préservation, consolidation des liens sociaux. L'enjeu est de ne pas couper le patient du réel ou de ne pas l'inscrire dans une dépendance institutionnelle trop massive. En ce sens, il est possible, pour le patient, après les 15 jours de coupure de négocier des visites ou une sortie extérieure de maximum 4 heures semaine le week-end. Il peut également réaliser des démarches administratives seul. Ces sorties sont des moments clés dans le séjour car ils permettent au patient de se confronter au dehors. A son retour, le patient pourra partager son ressenti avec l'éducateur présent et ainsi être redirigé vers le travail de ré pondance.
- La famille : Pour autant que cela soit adéquat et que le patient le souhaite, un vrai choix de travailler avec l'entourage existe à Transition. Ce qui est intéressant c'est de rencontrer les familles, d'analyser les liens, cela contribuant au processus thérapeutique.
- Le groupe de parole : comme précisé précédemment dans ce travail, il présente un intérêt certain au niveau du travail d'introspection. Ce moment garanti au patient de pouvoir exprimer ce qu'il ressent, mettre des mots sur ses émotions et en parler aux autres résidents, pouvoir entendre ce que l'autre renvoie. Nous avons un panel de groupes à thème que nous utilisons à bon escient, c'est-à-dire en fonction de la nécessité d'aborder tel ou tel thème. Quel que soit le sujet du groupe, il a toujours une visée thérapeutique.

3. L'amont et l'aval du séjour.

a) En amont :

Ressources utilisées :

- L'entretien d'admission. Lors de cet entretien, l'éducateur écoutera et analysera la demande du patient et fera le point sur sa situation familiale, professionnelle et sa consommation. Il lui expliquera concrètement ce que propose Transition. Si l'indication semble adéquate, une place est ouverte sur la liste d'attente. Dans le cas contraire, une réorientation sera proposée.
- L'entretien de réadmission. Lors de cet entretien, on fera le point sur la nouvelle demande du patient en prenant en considération les séjours précédents pouvant parfois déboucher sur une préparation à l'entrée, des conditions fixées à l'entrée voir un refus de la demande avec réorientation. Toutes les demandes de réadmission sont évaluées lors de la réunion clinique.
- L'entretien de clarification. Si durant l'admission ou la réadmission, un ou plusieurs éléments doivent être éclaircis, on proposera un autre entretien.
- L'entretien de soutien. En attendant l'entrée à Transition (période qui peut être longue), nous soutenons la personne pour lui permettre d'intégrer notre centre.
- Cadre spécifique de travail avec les mineurs et les jeunes majeurs. Comme beaucoup de symptômes, le symptôme addictif est accompagné de bénéfices secondaires importants, c'est pourquoi la plupart des demandes qui nous sont adressées sont très ambivalentes. Celles qui émanent de mineurs et de jeunes majeurs nous obligent à redoubler de prudence. En effet, dans ces cas de figure, des questions qui sont toujours présentes sont poussées à leur paroxysme : qui demande quoi, qui se plaint, qui souffre, qui porte le symptôme, qui est en danger ? Les accueillants prennent chaque fois beaucoup de temps de réflexion pour décrypter les demandes autant avec le patient désigné qu'avec son entourage. Ces rencontres avec les proches sont un préalable incontournable à toutes décisions concernant la candidature de la jeune personne. Nous devons tenir compte qu'en dehors des aspects psychologiques, le travail avec les mineurs est régi par des contraintes légales inhérentes à leur statut. En effet, il faudra prévoir avec la famille, avant l'éventuelle entrée du patient, les modalités acceptées par tous en cas de fin du traitement. Les principaux dangers iatrogènes liés à une entrée dans une institution résidentielle spécialisée sont multiples.
Il y a tout d'abord, un danger d'étiquetage : le patient est identifié et reconnu en tant que « toxicomane », ce qui peut avoir des effets délétères catastrophiques (un examen plus approfondi de la demande pourrait par exemple recadrer la problématique en tant qu'adolescent en souffrance abusant de produit psycho-actif dans une famille frappée de deuils successifs.) Ensuite, il y a un danger d'identification négative : ces jeunes personnes qui sont susceptibles d'être très influençables sont confrontées à un groupe de personnes ayant parfois vingt ou trente ans de parcours dans les addictions, sans compter la délinquance, la prostitution, les problèmes judiciaires, les problèmes graves de santé de nombres d'entre eux.

Il y a aussi un danger de chronicisation : très rapidement une dépendance à l'institution peut se développer, ce qui aura pour conséquence une réorganisation de la dynamique familiale avec l'exclusion d'un de ses membres, parallèlement une aggravation de la situation du patient désigné, en danger de désocialisation et un possible prélude à une « carrière » institutionnelle. Tout ce qui précède explique notre vigilance et nos réserves qui aboutissent souvent à des réorientations ciblées, dans le secteur ambulatoire ou hospitalier, orientations qui nous semblent en première intention, dans beaucoup de cas, plus adéquates.

- La liste d'attente. Moment nécessaire et géré par l'équipe éducative pour entrer dans la structure. Celui-ci est activé dès la réalisation de l'entretien d'admission (voire de réadmission), il permet tant pour l'institution que pour le futur résident de maintenir le lien, le contact. Il se réalise par l'appel téléphonique quotidien du demandeur à notre centre. Durant cette période dépassant de plus en plus régulièrement le mois, des entretiens de soutien et parfois de réorientation sont proposés.

Ce sont des moments clés de premiers contacts avec l'institution.

Au moment de l'entrée, nous restons attentifs à l'accueil du patient : visite des lieux, groupe de présentation.

b) En aval :

Ressources utilisées :

- Au moment de sa sortie. Il sera mis en place des entretiens de fin de séjour avec les médecins, le répondant, le psychothérapeute, certains éducateurs clés afin de reprendre et d'analyser avec le patient l'ensemble du séjour. Un travail autour de la clôture, de la séparation, du « dire au revoir » est effectué et prend selon le patient plus ou moins de place.
- Des entretiens de soutien lors d'un projet de suivi ambulatoire sont proposés en vue de clôturer le travail et de passer le relais à un autre intervenant.
- Un relais vers la postcure, c'est-à-dire l'accompagnement de la personne pour son entrée mais également la possibilité de réaliser si nécessaire un entretien de triangulation permettant au patient une prise en charge plus constructive dès son arrivée est proposé.
- Quand le séjour n'est pas mené à son terme, un entretien de sortie est proposé au patient. C'est un lieu et un temps qui permettent de faire le point sur le séjour. Celui-ci permettant de relater et/ou d'éclaircir certains événements.

4. Ressources propres à l'équipe

- La réunion d'hébergement : réunissant l'ensemble des éducateurs et la direction, cette réunion permet d'organiser les horaires, de discuter des propositions de formation mais également de travailler à la gestion hebdomadaire de l'institution et de mettre en place des réflexions et adaptations sur les choix posés en maison.
- La réunion clinique : celle-ci se déroule une fois semaine et réunit l'ensemble du collectif clinique. Elle permet d'analyser la situation de chaque patient mais également chaque demande de réadmission.

- La réunion institutionnelle : elle rassemble et ce, à raison d'une à deux fois par mois, le collectif clinique lui permettant d'avancer sur des travaux de réflexion liés à la politique d'actions menées à l'intérieur de l'institution comme à l'extérieur. C'est également un lieu favorisant la rencontre avec d'autres institutions.
- Rencontre entre l'équipe éducative et le secrétariat : à raison de 3 à 4 fois l'an, cette rencontre permet entre les deux services de discuter autour des difficultés rencontrées au quotidien, de repréciser certaines procédures et d'améliorer la communication directe.
- Le « labo d'idées » : il s'agit d'un moment privilégié pour le collectif clinique de rencontre avec des personnes extérieures pour nous permettre de prendre du recul dans notre pratique quotidienne avec les patients. Cela permet de redéfinir nos lignes de force et de nous pencher sur des thèmes aussi divers que l'institutionnalisation, la parentalité, etc.
- Rencontre avec le pouvoir organisateur : rencontre bi-annuelle avec les membres du comité de direction, rencontre avec les membres du conseil d'administration pouvant par leurs expériences et connaissances professionnelles aiguiller les réflexions de l'équipe sur des sujets divers tels que la prise en charge de patients sous méthadone, etc.
- La supervision : moment de réflexion sur notre pratique professionnelle partagé par tout le collectif clinique avec l'aide d'un superviseur extérieur.
- Le staff : il s'agit d'un lieu convivial, d'un sas de décompression, de réflexion et d'action localisé dans le bureau des éducateurs. Il participe à un meilleur fonctionnement institutionnel où les différents acteurs de soins ont la possibilité de partager leurs réflexions.
- Les écrits :
 - Le carnet de bord. Cahier où est répertorié l'ensemble des faits, évènements, réflexion sur la vie institutionnelle, le résumé des groupes de parole, les interventions éducatives, les moments forts du quotidien pour chaque patient.
 - Le dossier individuel. Dossier dans lequel est repris l'ensemble des informations personnelles du patient et accessible aux membres du collectif clinique (notes de la réunion clinique, documents administratifs, anamnèse, etc.).
 - Le dossier médical. Instauré par le médecin et le psychiatre, il reprend l'ensemble du traitement personnel du patient, les résultats d'examen et des notes personnelles.
 - L'agenda. Cet outil d'organisation porte tant sur les démarches des patients séjournant à Transition que pour les demandes d'entretiens des patients extérieurs à l'institution.
 - Le carnet de décision. Journal permettant aux éducateurs d'avoir un accès rapide aux décisions prises en équipe pour les patients séjournant à Transition tels que les avertissements mais également sur les décisions prises par l'équipe pour les patients en demande de prise en charge (conditions avant une entrée, etc.).
- Les passages d'informations oraux quotidiens entre les différents acteurs

- La formation permanente : l'invitation est donnée à chaque membre de l'équipe de poursuivre une formation personnelle voire collective; à l'extérieur ; pouvant enrichir la pratique institutionnelle. La formation permanente se construit au travers de la richesse du collectif clinique tant au niveau du savoir être, du savoir faire que du savoir penser.
- La représentation et la participation de l'institution dans différents lieux de décision, de défense, de réflexion autour de la toxicomanie. Réseau assuétude, colloques, forum, Fedito wallonne, plate-forme prison, etc.
- L'accueil et la formation de stagiaires, l'implication des travailleurs dans les écoles de formation (lecture de mémoires, présentation du travail réalisé par les stagiaires lors de leur stage).

CHAPITRE V. : L'évaluation

L'évaluation ou comment l'offre de soins et les actions menées sont-elles analysées, remises en question et validées.

Nous avons construit ce travail sur trois axes classiques: l'axe du qui, du quoi et du comment...

Le « Qui » : qui l'évaluation concerne-t-elle ?

Nous sommes partis d'un schéma « en cercles concentriques » avec au centre l' 'individu patient', dans un cercle qui entoure celui-ci, le groupe de patients présents, puis l'équipe clinique, l'équipe de Transition, pour terminer par le réseau de soins.

D'autres acteurs tels que les instances décisionnelles de Transition (CD, CA, AG), les comités de validation du travail clinique à Transition (Conseil clinique, Comité d'Accompagnement Clinique), les pouvoirs subsidiaires élargissent le cercle mais sont découplés de l'évaluation du travail avec le patient. La portée de ce travail réalisé par l'équipe clinique ne les inclut pas.

Le « Quoi » (qu'évalue-t-on ?) et le « Comment » (quels moyens se donne-t-on pour réaliser cette évaluation) seront réfléchis à l'intérieur de tous ces niveaux concentriques.

1. L'individu « patient »

a) Du point de vue de sa santé :

Le sevrage et/ou la stabilisation d'un traitement médical adapté est la demande principale que le patient formule en entrant chez nous.

Comment évaluer la pertinence des choix de traitements?

Le patient et les médecins se questionnent quasi quotidiennement sur l'adéquation du traitement à la situation singulière. Ainsi, ce dernier peut être réajusté. Le collectif clinique renvoie ses impressions quant à cette adéquation au patient et aux médecins. Un temps médical est, en outre, consacré à tous les patients lors des réunions hebdomadaires.

Nous abordons également avec le patient le lien qu'il a au produit (le besoin, l'envie ou l'absence d'envie de consommer).

L'état de santé global du patient est évalué à partir d'une diversité de ressources. Nous partons de ce que le patient exprime (plaintes, satisfaction), que ce soit en individuel ou lors de groupes de parole. Ceux-ci abordent des thèmes comme l'alimentation, l'hygiène, la perception qu'ils ont de leur propre santé. Nous accordons aussi beaucoup d'importance à ce que le patient nous montre (alimentation, activités physiques, etc.). Une prise de sang en cours de séjour est réalisée. Des examens complémentaires sont envisagés au cas par cas (dentisterie, avis ORL, ophtalmologie, gynécologie, imagerie médicale, etc.).

b) Du point de vue de son séjour :

Nous travaillons au cas par cas. Nous n'inscrivons pas l'évaluation dans des grilles pré-établies d'analyse par trop réductrices. Nous sommes attachés à l'individu et à sa spécificité. Nous évaluons notamment :

- L'intégration du patient dans la structure.

Celle-ci est appréciée par les dires du patient lors des divers entretiens individuels, par ce que l'équipe perçoit, observe, par les pairs au moment des groupes de parole communautaires... L'idée est de remettre le patient en question, de le faire réfléchir sur ses comportements, sur son engagement, son évolution.

- L'après séjour.

Rapidement, la mise en place de l'après séjour, à court, moyen ou long terme, est envisagée. Nous partons du choix du patient, même si on s'autorise à ne pas soutenir des projets qui nous semblent trop fragiles, ne tenant pas assez compte de la réalité. Nous privilégions les suivis thérapeutiques, adaptés au cas par cas. Le patient est invité à se positionner. Nous analysons les alternatives des patients lors de chaque réunion clinique et nous décidons parfois de requestionner celui-ci (par exemple après une sortie difficile, une incapacité du patient à formuler des demandes). Le projet est interrogé également par les pairs lors de groupes de parole sur ce thème spécifique.

Nous faisons également le lien avec un travail ambulatoire si le patient le souhaite.

Lorsque le patient quitte l'institution sans prise en charge thérapeutique résidentielle, nous l'invitons à revenir faire le point.

- Le travail sur soi.

Il y a une sollicitation particulière à la réflexion sur soi, à la remise en question. Celles-ci sont évaluées à plusieurs niveaux : lors des entretiens individuels (répondance, psychothérapeute, médecins), des groupes de parole et des réunions cliniques. Nous nous attardons avec le patient sur ce qu'il fait de son séjour au-delà du sevrage. Fait-il des choix (renoncements, actes posés) ou « attend »-il la fin du séjour ? Nous évoquons ses difficultés, ses capacités à se remettre en question, son implication dans ce qui se joue pour lui. Un travail important est fait autour de son histoire. Nous tentons de l'aider à mieux comprendre le pourquoi de certains comportements problématiques (consommation notamment) en lien avec celle-ci.

- Le travail autour et avec la famille.

Celui-ci est évalué en deux axes :

- 1) l'impact de l'histoire familiale.
- 2) l'état des relations actuelles avec l'entourage familial.

La possibilité de rencontrer la famille avec le thérapeute familial participe à l'élaboration d'une vue d'ensemble des problèmes et des ressources. Cette possibilité est subrogée à l'acceptation de tous les acteurs. Même s'il ne s'agit pas de thérapies familiales au long cours, ces rencontres permettent de (ré)amorcer un dialogue et d'évaluer les espaces de possibles souvent nécessaires à un vrai changement.

La réalité de la coupure avec l'entourage familial est évaluée avec le patient : est-il en souffrance, en soulagement, lui permet-elle un nouveau regard sur la relation, un recul nécessaire pour penser et se construire. Des groupes de parole sont organisés autour de ce thème.

Les sorties avec l'entourage réalisées pendant le séjour sont systématiquement analysées avec le patient dès son retour, en répondance et avec le thérapeute familial. La pertinence de ces sorties est questionnée avec le patient et en réunion clinique.

- Le travail autour du statut social.

Selon les situations, nos patients accumulent souvent des problématiques « sociales » : marginalisation, dettes, imbroglio administratifs. Un état des lieux est réalisé avec le répondant dès l'entrée et une stratégie d'action est réfléchie avec le patient. Les démarches nécessaires sont négociées et planifiées. Un éducateur accompagne le patient pour le soutenir dans ces démarches. Le cas échéant après quinze jours, le patient peut solliciter ou être sollicité pour réaliser certaines de ces démarches non-accompagné. Nous sommes là pour aider à la compréhension, soutenir la démarche, parfois jouer un rôle de médiateur, mais jamais comme 'faisant à la place' de, ou 'sans' le patient.

Ce qu'on évalue avec le patient : l'état de la situation, ce qui évolue ou non, sa capacité à se débrouiller avec les différents interlocuteurs, à ne pas abandonner à la première frustration. Plus le séjour avance, plus le patient est amené à prendre ses responsabilités. Au retour de chaque démarche, un temps est consacré pour évaluer celle-ci.

De manière générale, sa capacité à l'autonomie est questionnée et évaluée dans l'entretien de répondeance et lors de la réunion clinique. Le projet élaboré par le patient est confronté avec celle-ci.

- Le temps du séjour.

La durée prévue dans le contrat de base est d'un mois. Le principe retenu est de permettre à la personne de terminer son sevrage physique et d'assurer une continuité avec le projet élaboré. Dans ce cadre, des prolongations de séjour sont possibles. Elles sont sollicitées et argumentées par le patient. Une évaluation du temps nécessaire à l'aboutissement du séjour est réalisée par le collectif clinique en fonction de la pertinence du travail réalisé et le sens de continuer ce travail. L'équipe décide de la prolongation ou de la limitation du séjour.

- La fin du séjour.

Avant le terme du séjour, le patient est amené à faire le bilan de ce dernier, lors des différents entretiens individuels proposés. Un groupe de parole lui est consacré afin qu'il puisse exprimer sa perception et son ressenti sur le séjour et entendre les points de vue des autres patients.

Ce qui est évalué notamment avec lui :

- sa capacité à tenir le cap, à cerner et formuler l'essentiel (ce qui a compté et ce sur quoi il peut construire, ce qui reste à faire, etc.).
- son stress par rapport au passage vers « l'inconnu »
- sa capacité à faire deuil, à se séparer, à dire au revoir.

Quand le séjour est interrompu prématurément (rupture du contrat), il n'est pas toujours possible d'effectuer cette évaluation au moment du départ. Dès lors, un entretien de sortie est proposé au patient quelques jours après le départ pour reparler du séjour et évaluer les circonstances de sortie.

Lors de la réunion clinique qui suit le départ du patient, un temps lui est consacré pour évaluer le travail effectué par l'équipe (hypothèses suivies, ressources utilisées).

- La demande de réadmission.

Après l'analyse de ce qui s'est passé lors du dernier séjour (entretien préalable de sortie), le patient peut reformuler une demande d'admission (entretien de réadmission). Cette demande est évaluée systématiquement en équipe clinique. Une réorientation, une préparation à l'entrée, un contrat spécifique peuvent être proposés au patient.

2. Le groupe « patients »

Au-delà de l'« individu patient », un deuxième niveau d'analyse se situe au plan de l'individu intégré dans un groupe communautaire. Nous évaluons la dynamique de groupe au quotidien. Plusieurs groupes de parole visent à mettre en lumière celle-ci et tendent à l'améliorer. Nous veillons tout particulièrement à ce que chacun puisse trouver sa place, son espace dans la maison. Nous ne cherchons pas une homogénéité des pensées mais bien une différenciation de chacun dans le respect d'autrui. Ainsi sont passés en revue la participation à la vie de la maison (tâches, activités, etc.), l'investissement dans les groupes et lieux de parole, la qualité du lien créé entre les différents patients (neutralité, solidarité, empathie, méfiance, conflits sourds ou ouverts). Lorsque des conflits persistent, une technique d'entretien de triangulation (patients en difficulté accompagnés par un ou deux éducateurs) est généralement proposée. Les patients sont régulièrement amenés à évaluer la qualité de vie au sein de l'institution et le vécu du groupe par rapport au projet institutionnel proposé. Ainsi, les règles, le cadre de travail peuvent être clarifiés, explicités, remis en question ensemble.

Lors de nos réunions cliniques, cette dynamique de groupe est également évaluée, tant au niveau du groupe, qu'au niveau des individus qui le composent. Ainsi, un lien d'analyse est posé entre ce que le patient dit de lui et ce qu'il montre. Ce dernier est ensuite partagé avec le patient.

Au moment de la réunion hebdomadaire d'hébergement, les différentes règles en vigueur dans la maison sont régulièrement questionnées et réactualisées si besoin, que ce soit sur demande des patients, des travailleurs ou de la direction.

3. Le collectif clinique

L'évaluation de notre travail se calque sur les principes du collectif clinique. Nous créons donc des lieux où, collectivement, le travail est remis en question soit en interne (réunions cliniques et institutionnelles), soit avec l'aide de regards extérieurs (supervision, invitation de personnes ressources).

Ce qui est principalement évalué :

- La conformité des méthodes et des décisions avec les principes du collectif clinique et le projet institutionnel.
- La perception des travailleurs des conditions et de l'ambiance de travail.
- La cohérence et la pertinence des actions menées individuellement avec le patient.

- La connaissance et le partage de points de vue neufs et différents, la formation continue, les éclairages de chacun des travailleurs en fonction de leurs spécificités et formations.
- La qualité de la transmission de l'information, de la prise en charge par chacun des choses à faire.
- La capacité de l'équipe à prendre du recul, à s'ouvrir vers l'extérieur et se remettre en question.

Quand un nouveau travailleur est engagé, nous évaluons:

- L'adhésion de celui-ci au projet institutionnel, aux valeurs de travail communément admises.
- La capacité de l'institution à expliquer et partager le cadre de travail.
- La capacité de l'équipe à s'autocritiquer, à évoluer en prenant en compte les nouveaux éclairages apportés.

Nous privilégions, comme pour nos patients, le dialogue entre les intervenants. Nous prenons le temps de réfléchir ensemble : outils de communication singuliers (casiers) ou collectifs (carnet de bord, dossiers médicaux et généraux) ; passages d'informations nombreux et planifiés. De multiples réunions entre les différents acteurs de soins sont prévues et peuvent être sollicitées par les travailleurs en collaboration avec la direction.

Les décisions sont prises collectivement et portées par le collectif. Nous nous appuyons sur la possibilité de faire appel à l'équipe, de ne pas être seul face à une difficulté mais de pouvoir la partager avec « son collègue », de construire ensemble la meilleure réponse à y apporter, en prenant un maximum de recul et de repères, tout en restant dans le lien avec le patient.

4. L'équipe des travailleurs de Transition.

Trois équipes se distinguent tout en faisant partie de la même institution et pointant vers le même objet social. L'équipe clinique - organisée en collectif clinique (quinze personnes), l'équipe administrative (trois personnes), l'équipe d'entretien (deux personnes).

Le choix posé dès la création de l'institution est celui d'une direction unique, chapeautant les trois équipes. De plus, la direction fait partie intégrante, et de l'équipe clinique, et de l'équipe administrative.

Un travail récent avec un superviseur extérieur a permis de mettre en évidence un certain nombre de lignes de force dans l'interaction entre l'équipe clinique, l'équipe administrative et la direction :

- des balises claires quant aux objectifs à atteindre.
- des procédures d'évaluation réalistes, planifiées et en relation directe avec les balises fixées : que cherche-t-on à atteindre ? comment le met-on en place ?
- qui contrôle, quand, comment et où ?
- comment valide-t-on le résultat ? Si celui-ci n'est pas atteint, pourquoi et comment rectifions-nous le tir : adaptation, compensation, rappel à l'ordre.

Lors de ce travail des zones mixtes à l'équipe clinique et administrative ont été clarifiées et des procédures de travail de collaboration ont été posées :

- un passage d'information ciblé et renforcé entre les deux équipes sans en passer systématiquement par le maillon « direction ».
- une meilleure connaissance des rôles de chacun et de qui prend quoi en charge.
- une meilleure compréhension des enjeux pour le patient, des objectifs de chacun, des priorités à tenir et de l'objet social.

En outre, l'équipe administrative a réalisé une démarche qualité en 2005.

Tout ce travail de fond a permis d'articuler au mieux les différents objectifs et tâches de chacun (direction, équipe clinique, équipe administrative) et de les inscrire dans un même rapport (aide aux patients), ce qui implique une logique de différenciation et d'articulation. La communication au quotidien entre les différents membres des équipes est privilégiée.

En ce qui concerne l'équipe d'entretien, elle est également chapeauté par la direction et rencontre une fois par semaine les éducateurs présents afin de faire le point sur le travail effectué.

5. Les partenaires extérieurs et le réseau de soins.

L'équipe est régulièrement amenée à rencontrer les différents partenaires de soins auquel les patients font appel, que ce soit lors de formations, de colloques ou de réunions de secteur. Ces différents temps sont autant d'occasions de questionner le travail réalisé autour de la personne toxicomane mais aussi de rendre compte de notre pratique et d'être interpellé sur cette dernière.

De plus, nous organisons des rencontres inter-équipes avec les partenaires qui le souhaitent. Ce sont des moments privilégiés pour évaluer la manière dont chacun travaille.

Un temps privilégié d'évaluation du travail à Transition fut également l'organisation d'un colloque aux 10 ans de l'institution. Différents ateliers ont été présentés par l'équipe. L'objectif commun à ces ateliers était de présenter et de mettre en débat la manière dont nous envisageons notre travail.

6. Pour conclure ce chapitre sur l'évaluation

Il nous semble important de resituer les lignes de force qui sous-tendent cette dernière :

- La place attribuée au patient en tant qu'acteur de ses soins et individu responsable.
- Le refus d'une grille d'analyse qui présuppose un savoir tout fait sur le patient au profit d'une analyse au cas par cas.
- La place donnée à la parole tant dans la relation privilégiée de la rencontre inter-individuelle, que dans le travail en appartenance à un groupe et ce tant pour les patients que pour les travailleurs.

- La spécificité du collectif clinique.

Les différents écrits : rapports d'activités, lettres, publications, travaux réalisés aux 10 ans de Transition, communications à l'AG, participent à notre positionnement et à l'évaluation de notre travail en le diffusant vers l'extérieur. Le travail que vous êtes en train de lire y participe également : en rendant compte de l'évaluation d'une pratique, on l'évalue.

CONCLUSION

Nous avons tenu à formaliser de manière appropriée ce que nous avons mis en place à Transition depuis des années.

En effet, nous avons au fil des années « inventé » une manière de prendre en charge les patients. Ce terme d'« invention » est à entendre au sens étymologique et scientifique du terme et dans l'acceptation que lui ont donné Oury, Guatarri ou Deleuze c'est-à-dire comme une construction autour des patients et de leur trajectoire, un agencement à chaque fois original. Ce travail d'invention, qui n'a rien d'une banale improvisation, n'est cependant pas réductible à un modèle figé ou standardisé.

C'est ainsi qu'il nous a paru tout à fait important de pouvoir vérifier que cette « invention » est bien adéquate et en réponse aux situations des patients qui s'adressent à nous, situations toujours chaotiques, toujours imprévisibles, toujours chargées de grande souffrance et demandant donc des réponses spécifiques, non programmables. La programmation ne pouvant que renforcer le chaos.

Toutefois, un travail non programmé ne signifie pas un travail sans référence, sans cadre. Il existe bien à Transition des principes de sens. Ces principes ne répondent ni à une logique de maîtrise, ni de programmation.

Il s'agit de « mises », de « balises » nous permettant de nous prémunir contre des excès, garantissant que ce qui doit être fait sera fait et permettant de prendre distance.

Ces choix cliniques sont ainsi à considérer comme ce que à quoi tout patient s'adressant à Transition peut prétendre. Nous tenons vraiment à mettre à la disposition du patient tous les moyens qui feront qu'il puisse atteindre au mieux son objectif en franchissant la porte de notre institution.

Il s'agit d'une garantie de moyens et non d'une garantie de résultats.

Le lecteur aura remarqué que nous avons fait le choix de ne pas uniformiser le style de ce texte, ces Balises ayant été écrites à plusieurs mains, par l'ensemble des soignants aux formations, aux personnalités, aux vécus et expériences différentes. Ce choix de laisser à chacun son style singulier nous semble en cohérence avec une approche non-standardisée, défendant une clinique du cas par cas.

In fine, ce travail est issu de l'expérience de la rencontre avec les patients. Ils ont été notre guide. Nous les en remercions.