

CONCLUSION JOURNEE URRAA 2012 Jean-Luc VENISSE **Bientraitance et addictologie : implications dans nos pratiques**

Ce concept de bientraitance a quelque chose d'un peu flou, du côté des grands principes et des bons sentiments (cf. la chanson de Guy BEART).

Qui parmi nous récuserait une telle nécessité ? Les professionnels de l'aide et du soin que nous sommes n'ont-ils pas en eux cette exigence ?

J'ai noté la référence réitérée à l'ANESM pour une définition. Cette question de la bientraitance pourrait-elle être traitée par une norme ou une injonction ?

Dans le même temps, Monsieur COUET a souligné combien cette éthique de la vulnérabilité et de l'autonomie était à situer du côté des professionnels ; leur expérience et leur savoir quant à leur pratique ne sont-ils pas les matériaux de base pour faire quelque chose de cette question dans l'esprit de l'approche expérientielle développée par Alain MOREL.

Les questions d'accessibilité aux soins sont fondamentales et nous obligent à revoir sans cesse nos fonctionnements et nos dispositifs.

En effet, l'impact de la problématique addictive elle-même est majeure à ce niveau et l'avidité phénoménale du sujet addict fait écho à la nôtre, plus ou moins bordée. Comment trouver-crée la bonne distance qui permet d'accueillir et d'accompagner l'autre, à mi-chemin de ses et nos peurs, fantasmes, d'abandon-rejet comme d'envahissement-emprise.

La prise de conscience d'une position soignante longtemps en miroir du fonctionnement addictif, partie prenante de la révolution culturelle à l'œuvre dans le champ de l'addictologie depuis 20 ans, devrait nous y aider ; cette évolution singulière qui contribue à ce que nous n'attendions plus le stade des complications avérées pour imaginer une intervention (place des interventions précoces) et que nous n'exigions plus un projet d'abstinence comme preuve d'engagement.

Ceci dit comment faire avec le déni et le clivage au quotidien : celui du patient et de son entourage, le nôtre.

Les entretiens motivationnels, très précieux, règlent-ils la question ? L'attente d'une demande en bonne et due forme, héritée de la toute puissance du Sujet de la psychanalyse ne reste-t-elle pas une rationalisation à portée de main, plus confortable qu'une réflexion sur l'offre ? L'impasse sur l'entourage, difficile à mobiliser et pas toujours voire pas souvent prêt à se remettre en question, ne reste-t-elle pas une tentation au vu de l'ampleur de la tâche ?

Il a été rappelé qu'il faut assumer la dissymétrie de la relation d'aide, assumer notre subjectivité, tout en laissant au patient la possibilité de décider du changement pour lui.

On mesure la quadrature du cercle, surtout si l'on intègre le fait souligné par Paule RABILLER de l'autonomie paradoxale de l'addict, qui trouve ou a trouvé souvent dans sa conduite un espace de démarcation vis-à-vis d'un entourage dont il se sentait totalement dépendant.

C'est pourquoi la nécessité d'un cadre personnel et institutionnel permettant de ne pas être perdu en tant qu'intervenant et de pouvoir justement prendre en compte en sécurité la place et l'expérience du patient, doit à mon sens être soulignée. Ceci

implique d'instituer un espace-temps pour le partage, la mise en mots et en pensée de ce que nous vivons dans la relation avec ces patients (c'est un peu le temps de faire vivre le trait d'union de bienveillance dont parlait Isabelle MARTINEAU en introduction).

On peut dire que cet espace psychique partagé (d'intelligence collective) est un peu paradigmatique de celui que le patient pourra à un moment donné se donner comme alternative à la mise en acte et à la tyrannie du besoin urgent.

Il s'agit d'un espace pour faire vivre les enjeux émotionnels du lien toujours ambivalent et fort.

C'est l'occasion de rappeler la fonction de la haine dans la relation, telle que soulignée par WINNICOTT, mais aussi illustrée par la notion de cession altruiste, décrite par Anna FREUD, comme mécanisme de défense du moi, ou encore par les limites de la fonction apostolique dans la relation de soin (M. BALINT).

De ce point de vue, la bienveillance ne se décrète pas comme cela a également été souligné au cours de cette journée, elle s'élabore en permanence, car les capacités d'empathie supposent que la mégalomanie infantile ait pu être dépassée, un travail à reprendre sans cesse ! (cf. à ce sujet parmi beaucoup d'autres l'ouvrage de Serge TISSERON consacré à l'empathie).

Comment donc construire ce temps pour la réflexion et l'élaboration collective des attitudes soignantes, meilleure garantie pour la bienveillance, quand le patient addict ne nous le donne pas, lui qui est par essence dans le « tout-tout de suite » ?, quand surtout nos directions, nos tutelles restent « addictées » à des indices de performances à court terme, et souvent courte vue !

Les intervenants ont unanimement souligné l'importance de travailler avec les ressources et les compétences du patient, en étant attentif à faire le bilan de ce qui fonctionne, en faisant l'inventaire soigneux des exceptions au problème, tel que l'on peut le faire dans les approches solutionnistes en thérapie stratégique ; de même l'importance de lui laisser une part suffisante d'auto-détermination à travers plusieurs choix possibles de telle sorte qu'il ne se retrouve pas à nouveau dans le vécu d'emprise qui participe à sa problématique centrale de dépendance.

On peut dire qu'il s'agit d'un pari ou d'un crédit à faire au patient en proie à l'addiction sur ses compétences, sur les espaces d'autonomie qui lui reste, quoi qu'il en soit.

En définitive, c'est peut-être aussi et d'abord à travers la question du projet, et du projet de soin, que se situent les garanties de bienveillance, dans l'esprit du souci de l'autre « Sorge » tel que Martin HEIDEGGER l'a développé dans « Etre et Temps » ; ce souci qui est aussi prendre soin, et d'abord dans un devenir à construire ...

C'est pourquoi je formule le vœu que nous puissions continuer de construire de tels projets d'avenir, qui sont d'abord des projets de vie, avec ceux dont nous nous occupons.

Pr. J-L. VENISSE