BULLETIN D'INFORMATION

No 51

Décembre 2015

Association LE RELAIS
Maison des Associations
15, rue des Savoises
1205 Genève
Tél. 022.781 65 20
www.lerelais.ch
info@lerelais.ch

CCP : 12-10369-9 ou
BCGE : k 3206.97.45

Sommaire

1. Le mot du Comité

2. Les dates à retenir

3. Conférence-débat : « Addictologie et Santé psychique »

4. « Les Chemins de l'Autonomie »

5. Les Journées sociales à Belle-Idée (Clinique psychiatrique)

6. Cotisations et dons au RELAIS

*** * ***

1. Le mot du Comité

Chers Membres, Partenaires, Ami/es,

Nous avons eu le plaisir d'accueillir beaucoup de nouveaux membres en 2015 dans notre association, ce qui prouve que les besoins ne diminuent pas et que nous sommes toujours mieux connus et reconnus.

Nous entretenons un excellent contact et partenariat avec tous les milieux concernés par les problèmes psychiques à Genève, en Suisse, en France voisine… Ceci nous permet de mieux vous informer, vous conseiller, vous accompagner dans l'aide à apporter aux familles, aux proches, ce qui doit être notre rôle principal.

Nous avons terminé cette année par une très belle « soirée festive » le 14 décembre. Merci à tous les présents (proches, personnes concernées, soignants) pour votre participation, ainsi que pour le magnifique buffet canadien qui a accompagné cette soirée grâce à vous.

Le comité vous souhaite à chacun d'entre vous, à vos familles, tous nos meilleurs vœux pour 2016 dans la joie, l'optimisme et l'espoir ! LE RELAIS sera auprès de vous pour vous accueillir, vous écouter, vous aider le mieux possible. Vous pouvez compter sur nous.

JOYEUX NOËL
ET
HEUREUSE ANNÉE
2016

Le Comité du RELAIS

2. Les dates à retenir

Groupes de soutien (ou "de parole") : réunion tous les 15 jours sauf les jours fériés, soit : les lundis à 19h00, à notre local situé dans la Maison des Associations au 15, rue des Savoises (près de la place du Cirque à Plainpalais, Genève).

Prochains Groupes (animés par un membre du comité)

- Lundi 11 janvier
- Lundi 25 janvier avec comme invité le Dr Fabrice CHANTRAINE, Chef de clinique à JADE.
- Lundi 8 février
- Lundi 22 février, avec comme invité M. Kisnasamy NAGALINGUM, Responsable infirmier à l'unité Sillons 2 à la clinique de Belle-Idée
- Lundi 7 mars

- Lundi 21 mars, avec comme invité M. Christophe Pouvreau, infirmier spécialisé au CAPPI Eaux-Vives.

Spectacle de théâtre « L'Aliéniste » (Vendredi, 5 février 2016 à 19h à la Salle Mahatma Gandhi, Maison des Associations) en partenariat avec LE RELAIS.
Voir invitation ci-jointe. Réalisation du Centre-Espoir. Venez nombreux !

3. Conférence-débat : « Addictologie et Santé psychique »
Lundi 26 octobre 2015

Huit collègues du Service d'Addictologie du Département de Santé mentale et de Psychiatrie des HUG sont venus nous présenter leur vision et leur travail : le Prof. D. Zullino, Responsable du Service et la Dre. R. A. Manghi, Médecin adjoint au CAAP Arve, le Dresse G.Thorens, Médecin adjoint au CAAP (Consultation ambulatoire d'Addictologie psychiatrique) Grand-Pré, la Dre S. Achab, Médecin adjoint au Programme NANT, Mmes S. Alaux et C. Nicholas, Infirmières avec l'Équipe mobile (SIM) du Service, M.R. Lepore, Infirmier au CAAP Arve et le Prof Y. Khazaal à l'UTHA (Unité de Transition hospitalière en Addictologie).

Membres du Service d'Addictologie du Département de Santé mentale et de Psychiatrie des HUG

En introduisant le Service, le **Prof. Zullino** donne une définition de l'addiction comme un problème de comportement ainsi qu'un trouble psychique. La personne concernée consomme (ou se comporte d'une certaine manière) *malgré* sa volonté de ne pas consommer (ou de ne pas se comporter ainsi).

Le but de l'addictologie est donc d'emmener la personne à se comporter « selon son bon raisonnement ». La première question qu'elle doit poser à la personne concernée est : « Quelle vie aimeriez-vous vivre ? Qu'est-ce que vous ferait plaisir ? »

Quels moyens le Service emploit-il ? Il ne vise pas forcément l'abstinence. Comme l'addiction est quelque chose de figé (il s'agit d'automatismes très ancrées), il faut perturber, tout mettre en question, oser l'inhabituel. Les méthodes peuvent être pharmacologiques, psycho-thérapeutiques, sociologiques...

Le Pr. Zullino fait aussi une distinction entre l'addiction et la dépendance. Tandis que l'addiction implique une automatisation des comportements de consommation malgré la volonté de ne pas le faire, la dépendance implique une tolérance

toujours plus grande envers la substance consommée et le besoin progressif d'en augmenter la quantité/volume/fréquence. Se pose aussi les phénomènes de « sévrage », avec la diminution ou l'arrêt dans la prise de certaines substances. [Les médicaments ne provoquent pas l'addiction, mais peuvent entrainer une dépendance.]

La **Dre. Manghi** observe que le Service travaille avec des personnes stigmatisées et exclues. Pour elle et ses collègues, il n'y a pas de « normal » ou d'« anormal ». Les soins reposent sur la notion d'intégration citoyenne et le travail avec la question sur l'acceptation de différentes « normes ».

Le **Programme NANT** à Grand-Pré est la porte d'entrée du Service, note la **Dre S. Achab**. On évalue la demande de la personne concernée. De quoi se plaint-elle ? Est-ce que le Service peut répondre à sa demande ? Si oui, pour quoi faire ? La personne a t-elle d'autres problèmes psychiques, sociales ou familiales ?

Cette évaluation doit mener à la construction d'un projet avec la personne (ou s'il n'est pas possible de travailler avec elle, avec son accompagnant).

Il existe une équipe « SIM » (suivi intensif dans le milieu) qui est une équipe mobile. Les soignants au Grand-Pré sont également mobiles. Pour s'occuper de leurs patients consommateurs de substances, ils vont souvent les trouver sur le terrain.

Au CAAP Grand-Pré, on traite aussi des troubles addictives sans substances. L'addiction aux jeux de hasard et d'argent, à l'Internet, aux achats compulsifs par exemple.

Mmes **S. Alaux et C. Nicholas** de l'**Équipe SIM,** située elle aussi à Grand-Pré, expliquent que ce programme s'est rouvert depuis seulement deux mois. Leur travail est de chercher les personnes concernées qui sont sans soins, et de les motiver à venir en soins.

Le **CAAP Arve** mène un programme de substitution aux opiacés. **M. Lepore** explique que ses objectifs sont de faire de nouveaux projets de vie, de réduire les risques, de trouver des alternatives aux automatismes d'addiction et de se réinvestir dans les relations sociales. Le programme accueille, évalue les besoins, traite et accompagne le patient. La mobilité et la liaison communautaire font partie de ses moyens d'action.

L'**UTHA** (Unité de Transition hospitalière en Addictologie) est un unité de 22 lits offrant tout le dispositif hospitalier nécessaire à un suivi intensif. Il propose aux personnes avec une problématique addictive un suivi *volontaire*, individualisé et flexible, orienté sur l'autonomie et la responsabilité partagée, explique le **Prof Khazaal**.

Bien qu'hospitalier, l'**UTHA** n'opère pas sur le modèle médicale traditionnel selon lequel le patient suit le traitement, après quoi il peut sortir de l'hôpital sans symptômes.

Au vu de l'imbrication des symptômes addictologiques et psychiatriques dans différentes facettes de la vie quotidienne des patients et des dynamiques de

rétablissement le plus souvent non linéaires, les soins s'articulent autour de trois concepts fondateurs: **l'empowerment, le rétablissement** et **l'inclusion**.

La frontière entre l'hôpital et l'extérieur est relativement poreuse. Beaucoup de patients viennent à l'UTHA pour les soins et non pas pour y dormir. La « logique médicale » est remplacée par l'effort de réfléchir avec le patient sur l'ensemble de ses besoins (réf. le modèle Weidinger*).

Les patients arrivent très fragilisés à l'UTHA. On les accompagne à l'hôpital et après leur sortie. Cela s'appelle le « case management de transition ». Ce dispositif permet un soutien spécifique au projet de la personne sur l'extérieur. Il vise à favoriser le retour dans le milieu de vie de manière personnalisée et mobile durant les quatre semaines qui suivent l'hospitalisation. Les patients peuvent recevoir la visite des proches pendant leur séjour à l'hôpital – il y a des espaces d'intimité conçus pour cela.

DISCUSSION

Une question sur la possibilité et le taux de « guérison » de l'addiction a soulevé plusieurs réponses et observations de la part des intervenants, parmi lesquelles :

- La « guérison », s'en sortir, n'est pas forcément et ne peut pas se résumer à l'abstinence continue.
- On peut estimer que la personne « s'en sort » si elle arrive a faire les choses qu'elle voudrait faire.
- Dans un modèle de rétablissement, c'est la personne concernée qui définit ce qui est important pour elle.
- Elle peut vivre avec son trouble, avec des moments de stabilisation et des moments de rechute. (Si nous estimons que l'addiction est une maladie chronique, la proportion 1/3 - 1/3 - 1/3 peut s'appliquer : 1/3 rétablissement, 1/3 stablisation, 1/3 péjoration.)

Q : Dans les cas où le patient souffre d'un trouble psychique, la schizophrénie par exemple, comment traite t-on les deux problématiques (addiction et problème psychique)?
R : Quand une problématique existe (addiction ou problème psychique, l'autre a plus de risques de se développer. Les deux problèmatiques coexistent souvent. Il est important de les traiter ensemble et non de façon séquentielle.

Q : Qu'est le modèle Weidinger* ?
R : Il s'agit d'un réorganisation du mode de travail à l'hôpital. On met l'accent sur la volonté du patient. Il n'y a plus de colloques où on parle du patient sans le patient.

Q : Comment aider la famille à accepter et à faire face à l'addiction, ?
R : Il faut travailler avec la famille – pour l'aider et pour le bien du patient. La marginalité n'est pas le bonheur. Alors il faut discuter ensemble. Quel est la valeur primordiale pour tout le monde ? Nous devons progresser dans l'accompagnement des familles.

Q : Mon fils consomme chaque fois qu'il a de l'argent. N'est-ce pas un comportement compulsif ?
R : On n'aide pas la personne addictive en lui donnant de l'argent. C'est une grande tentation pour consommer. Il faudrait l'accompagner sur le terrain, peut-

être même chez les dealers, pour bien comprendre les situations auxquelles il est confronté.

Q : Depuis des années, notre fils schizophrène consomme le cannabis pour échapper à ses hallucinations mais c'est un cercle vicieux : ça renforce ses symptômes. Il est très en retrait.et refuse de venir consulter ou dialoguer avec qui que ce soit. Pouvez-vous venir à domicile pour essayer de rompre ce cercle vicieux ?
R : Oui. Cela fait partie de notre travail.

Q : Quelle attitude adopter vis à vis d'une personne toxicomane qui a envie d'avoir un enfant ?
R : Il est important de travailler avec, d'accompagner ces personnes. A noter que beaucoup de femmes toxicomanes enceintes en ont honte, se sentent coupables, ont peur qu'on leur retire leur enfant et n'osent pas en parler avec des soignants.

Q : Beaucoup de très jeunes gens consomment l'alcool et le tabac. Qu'en faire ?
R : La limite d'âge, la restriction des heures de consommation sont importantes dans la prévention. Cependant, ceci est vrai uniquement pour les drogues légales. Importantes mais pas parfaites, les jeunes étant souvent attirés par l'interdit.

Q : Êtes-vous pour la libéralisation des drogues ?
R : En tant qu'employé des HUG, je ne peux m'exprimer sur des questions politiques.

Q : Où en est-on dans l'éducation sur l'addiction – à l'école, dans les familles ?
R : L'éducation marche avec ceux qui l'écoutent. Et ce n'est pas eux qui deviennent des toxico-dépendants. Il faut néanmoins continuer la discussion, organiser des débats publics...

Q : Quand quelqu'un souffre depuis des années d'un handicap psychique et commence à consommer le THC (ingrédient du cannabis), comment peut-on évaluer la dangerosité ?
R : Chaque cas est individuel. Appelez-nous ! Nous nous déplaçons. Nous pouvons consulter sans ouvrir un dossier. Vous pouvez aussi venir chez nous – nous devenons plus ouverts dans le Service. Il ne faut pas vous gêner de venir souvent. Il faut nous poser des questions ! La circulation se fait dans les deux sens. [Coordonnés du CAAP Grand-Pré : tél. 022 372 57 50. 70 rue du Grand-Pré.]
R : Bien qu'il y a une corrélation entre eux, le cannabis n'est ni la cause ni un facteur déclenchant de la schizophrénie. Cependant on observe que trouble psychique et addiction coexistent souvent. Les aspects positifs du cannabis se manifestent dans le court terme : sa consommation peut correspondre à de l'automédication, parfois contre une médication trop agressive. Les effets négatifs se montrent dans le long terme.

Q : Comment agir dans la situation ou la personne concernée est totalement récalcitrant aux soins ?
R : Nous essayons d'aller sur le terrain de la manière le moins menaçant, le plus attractif possible. Il faut être inventif, ne pas renoncer même si on refuse plusieurs fois de nous voir. Ce n'est pas grave ; on est payé pour !

Q: En Angleterre, les soignants sont parfois des toxicomanes rétablis. On utilise une méthode en 12 étapes, la méthode Minnesota.
R : C'est une méthode excellente qui cependant ne convient pas à tout le monde. On peut penser aux pairs-aidants ; là nous avons du chemin à faire.

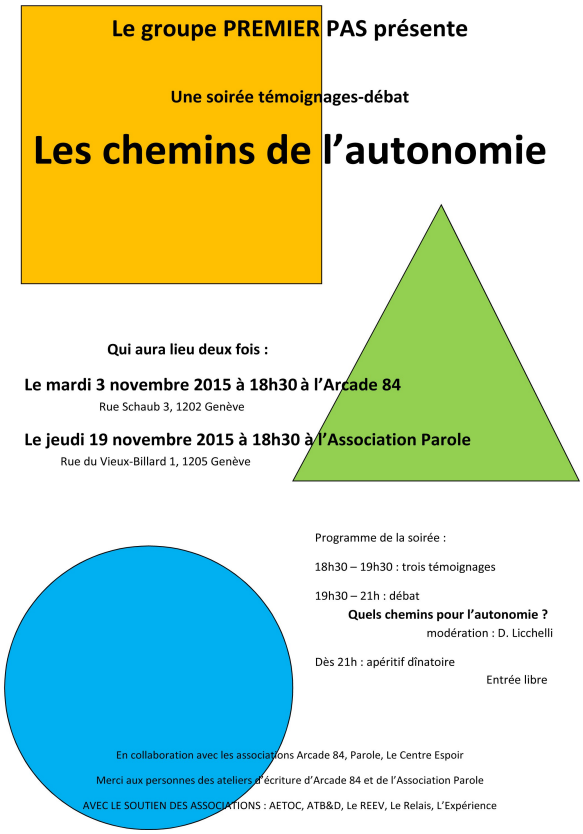
Q : L'addiction est-ce une maladie héréditaire ? Pourrait-on envisager un dépistage précoce ?
R : Il a des familles où c'est plus fréquent, dès gênes correlés. Mais ce n'est pas possible de prédire l'addiction ; le dépistage précoce n'est donc pas possible. Et il y a d'autres facteurs causals !

Q : Sortir du centre de consultation pour aller vers les personnes concernées prend plus de temps. En avez-vous les moyens ?
R : Oui, dès que nous ayons décidé de cette approche. Mais ils n'a encore pas été prouvé que cela coût plus cher.

4. « Les chemins de l'autonomie

« Les chemins de l'autonomie » était le titre donné à deux soirées de témoignages et débats préparées et organisées par le groupe « Premiers pas ». Ces soirées – qui ont eu lieu à Arcade 84 et à l'Association Parole – avaient au programme trois témoignages et un débat.

Le 3 novembre, lors de la première soirée, une personne concernée a évoqué un « labyrinthe de pensées absurdes », le repli, des voix qui « s'entremêlent… se contredisent, se confondent... », ainsi que l'expérience d'avoir été dépourvu de son « crédit social et professionnel ». Mais aussi la résistance, la conscience d'avoir parcouru « un bout de chemin », l'espoir de retrouver son autonomie.



Une deuxième personne concernée a raconté son parcours : « beaucoup d'efforts pour l'autonomie » ainsi que « beaucoup de découragement » ; des ressources comme la psychothérapie, la famille, les amis, les associations, le réseau médico-social, les pairs-praticiens.

Un proche, membre du RELAIS, a parlé des répercussions de la maladie d'une personne concernée sur l'autonomie d'un proche. Il a mentionné l'ignorance quant à la maladie et au réseau de soins, ainsi que les affects. Il a aussi énuméré les

différentes stratégies mises en œuvre pour surmonter ces difficultés et suivre un chemin vers l'autonomie.

Dans l'échange qui a suivi ces témoignages, on a noté (entre autres) que :

- On peut être dépendant sur des autres ET autonome.
- On peut être autonome tout en vivant dans un groupe ou avec sa famille.
- L'autonomie n'est pas être seul.
- Il existe une forte pression sociale à voir l'autonomie comme liée au fait d'être productif.
- L'assistance est souvent perçu comme négative, mais on peut être d'accord d'y participer. Si c'est choisi par la personne, c'est positif.
- On peut être autonome dans sa manière de penser. Quand on trouve un esprit critique, quand on pense pour soi-même…

Le 19 novembre, lors de la deuxième soirée et après l'écoute des mêmes trois témoignages, l'échange a tourné autour des thèmes de la confiance (de la part des proches envers la personne concernée), du manque de motivation et comment la faire renaître, de l'acceptation de la maladie (mais pas l'acceptation d'être victime, de souffrir), des relations et de l'amour, de la stigmatisation et encore de l'autonomie.

Une belle réflexion appréciée par tous les participants – personnes concernées, proches et professionnels.

5. Les Journées sociales à Belle-Idée

Les 5èmes Journées sociales à la Clinique psychiatrique auront lieu le jeudi 4 et le vendredi 5 février 2016 dans le Bâtiment Ajuriaguerra à Belle-Idée avec pour thème « Nouvelles perspectives ».

Les inscriptions en ligne peuvent se faire par courrier ou via le lien ci-dessous :
http://www.hug-ge.ch/sante-mentale-psychiatrie/inscriptions-journees-sociales

Renseignements : Véronique Giacomini, tél. 022 305 40 90 ; veronique.giacomini@hcuge.ch

6. Cotisations et dons au Relais *

Pour la cotisation 2016, vous pouvez l'acquitter au moyen du bulletin de versement ci-joint (CHF 60.-/personne ou CHF 80.-/couple). Pour ceux qui souhaitent nous faire des dons, ils sont toujours les bienvenus ! Merci à tous !

* Nous avisons certains membres par e-mail quand le dernier bulletin est disponible sur notre site web. Pour ces personnes, voici les coordonnées de notre compte : Association Le Relais, 1200 Genève, CCP 12-10369-9.