

# LA RELATION THERAPEUTIQUE

## I - Un peu d'histoire

### □ Avant 1996

- Le Toxicomane en manque
- Accompagnement psychosocial + sevrage (ambulatoire ou cure hospitalière)
- Quelques malentendus

Ex : « je veux arrêter, il faut me donner du Tranxène et du Rohypnol »

- Immédiateté

- Discontinuité (de tentative de sevrage en tentative de sevrage)
- Non citoyen
- L'image du Toxicomane :  
Agressif, menteur, voleur, exigeant,  
manipulateur, qui met le bazar dans la salle  
d'attente, qui ne paye pas
- Investissement important pour un résultat décevant
- Sensation d'épuisement du soignant

## □ Après 1996

- (Enfin) un outil pour guérir le patient
- Le professionnel est « renarcissisé »
- **Il est vrai que :**
  - La relation s'est pacifiée (il attend sagement dans la salle d'attente)
  - Moins de tension dans les consultations
  - Il est physiquement rapidement soulagé
  - Il est d'accord pour baisser son traitement tous les 15 jours et arrêter au bout de 6 mois
  - Il ne veut plus fréquenter les autres toxicomanes (donc les CSST)

- Le médecin peut (enfin) s'occuper du soma
- La politique de réduction des risques en fait un citoyen
- **Mais** :
  - On n'arrive pas à arrêter au bout de 6 mois
  - Après quelques mois de stabilité des troubles (psy) apparaissent
- **3 découvertes** :
  - Les co morbidités (psy :50% , HCV :60%)
  - La durée : on s'embarrasse du patient pour longtemps
  - Le mésusage

## II – Quelques représentations :

- Le patient : ( prophéties autovérifiantes )
  - Manipulateur ? menteur ?
  - Peu fiable, malhonnête ?
  - Sans volonté ?
- La substitution :
  - Traitement ? Médicament ? Équivalent drogue ?
  - Dole et Nyswander : 1962
    - ➔ L'usage d'héroïne ⇔ déséquilibre
    - ➔ Sevrer c'est déséquilibrer
    - ➔ Traiter c'est rééquilibrer

- Traitement correctif et non curatif
  - Maintenance (MMTP)
  - RDR et substitution
  - Outil relationnel (ex : suivi de grossesse)
- 
- **Le soignant**
    - Guérir, sauver : non
    - **stabiliser**
    - Accompagner au long cours (être là au bon moment)
    - S'occuper des soins somatiques

### III – Le cadre :

- Adapté et adaptable (seuil)
- Souplesse non permissive
- Rassurant
- Pas de cadre pré établi
  - À définir ensemble
  - Ils ne savent pas ce qu'ils peuvent mettre dans le contrat
- Si c'est trop rigide : on ne peut rien dire
- Si c'est trop souple : ça ne sert à rien de dire

- Patient actif dans sa prise en charge  
(toxicomane actif → patient actif)
- Permettre au patient de s'appuyer sur le cadre (fonction contenante → tenir bon)
- La durée des consultations
- La bonne distance = empathie
- La complexité des situations : tout ne peut pas se régler en une fois
- Définir quelques objectifs :
  - Aider à reprendre le contrôle
  - Reprendre pied socialement



- Traiter les comorbidités
- Stabiliser ou arrêter les autres consommations
- Réduction des risques
- Accompagner :
  - S'il souhaite arrêter son traitement
  - Il veut la méthadone
  - Accepter qu'il soit mal (peut être rassurant pour le patient )
  - Accepter les dents de scie

- Travail sur l'identité
  - ➔ Centration (saillance) : le comportement fait identité
  - ➔ Processus d'aimantation
  - ➔ Identité du toxicomane ⇔ poursuite des consommations

## IV – La Temporalité

- Prise en charge de longue durée (voire à vie)
- Attention aux réponses en miroir
- Début chaotique
  - La dépendance psychique
  - Quelques rendez-vous manqués ou décalés
  - Être vigilant sur les chevauchements (ou l'espacement)
- Le rythme des consultations et des délivrances
- Moment du parcours : lune de miel, gestion du manque, galère
- La routine, l'usure, l'ennui
- Le rechute : fait partie des aléas

- Perte de contrôle : craving
  - Un des éléments de la dépendance
  - Substitution et perte de contrôle : remplacer un opiacé incontrôlable par un opiacé contrôlable
  - Rôle de contrôle du tiers
  - Perte de contrôle et substitution
    - « Craving biologique pur » :
      - augmenter le traitement
      - supprimer le manque
    - « Sursaut de manque » : conditions externes ou internes
    - « Faux manque » : distorsion cognitive

## V - La confiance

- Ce n'est pas un préalable nécessaire
- Faire avec la parole du patient
- Le patient doit avoir confiance dans le thérapeute :  
mettre en confiance
- Il existe un enjeu : le traitement

## VI – Travail en réseau

*Exemples :*

- Appeler le SMPR
- Faire appel à l'UMIT (en cas de co morbidité psychiatrique)
- Renvoyer vers le CSST
  - ⇒ Ne pas rester seul dans les situations complexes
  - Éviter l'épuisement
- Intersession