



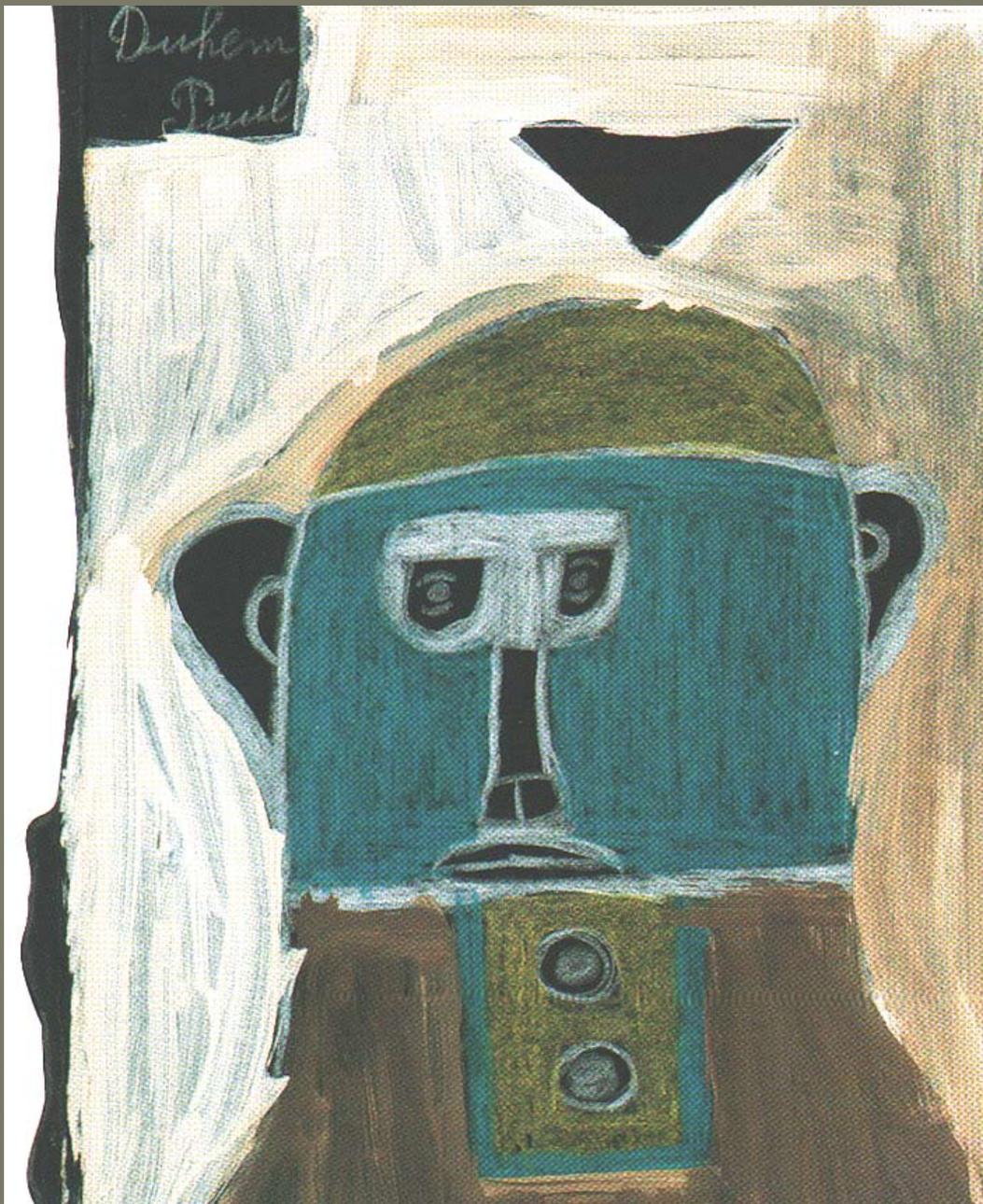
Belgique-België
P.P
5000 Namur 1
BC
5588

N° 19 - AVRIL 2008

CONFLUENCES

REVUE DE L'INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

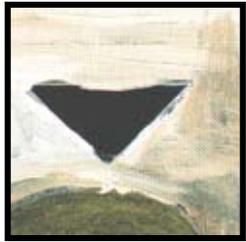
DOSSIER: DEPENDANCES



Autorisation de fermeture: 5000 Namur 1 - BC5588

Paul Duhem, Centre La Pommeraye

Ed. Resp.: C. Bontemps, Rue Henri Lemaître, 78 B-5000 Namur - Bureau de dépôt: Charleroi X

**Editeur responsable :**

Christiane Bontemps

Coordination :Sylvie Gérard
Delphine Doucet
Pascal Minotte**Secrétariat :**

Muriel Genette

Comité de rédaction :Fabienne Collard
Pascal Colson
Bertrand Geets
Denis Henrard
Stéphane Hoyoux
Paul Jacques
Francis Turine
François Wyngaerden**Personnes ressources :**Renaud Brankaer
Eléonore de Villers
Léonardo Di Bari
Stéphan Luisetto
Geoffrey Robert**Illustrations :**Merci aux artistes
du Centre *La Pommeraie*
Rue Neuve, 15
7972 Ellignies - Sainte-Anne
(Beloil)**Institut Wallon
pour la Santé Mentale**Rue Henri Lemaître, 78
B-5000 Namur

☎ +32(0) 81 23 50 15

☎ +32(0) 81 23 50 16

✉ confluences@iwsm.be

iwsm@iwsm.be

www.iwsm.be

Graphisme :

pixFACTORY

Héroïne, Cocaïne, Alcool et autres Drogues font quotidiennement les choux gras de l'info. Dépendances aux produits, au Jeu, à Internet, au Sport, ... Assuétudes chez les jeunes, de très jeunes parfois, chez les adultes comme chez les personnes âgées... Il y en a pour tous les âges et pour tous les goûts... Un défi lancé ? Un plaisir immédiat ? Un mode de vie ? Le goût du risque ? Peu importe ... ! Derrière cette façade se cache souvent - toujours ? - une grande souffrance, une souffrance qui pousse à la consommation mais aussi une souffrance parce qu'il y a consommation...

Loin des feux de l'actualité, c'est à cette souffrance que nous avons voulu nous intéresser dans ce numéro de Confluences. Nous avons voulu souligner le travail des intervenants face à cette population qui accepte difficilement de se faire aider et qui a parfois du mal à trouver sa place dans les structures de soins.

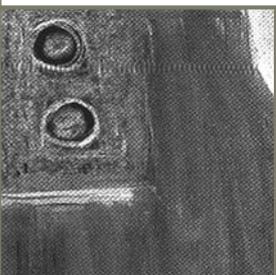
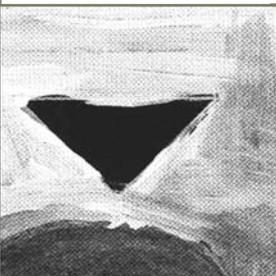
Dans la rue, à l'hôpital, en ambulatoire, chez le médecin, en communauté thérapeutique, en prison, à domicile, auprès des pairs, en famille, autant de ressources possibles pour déposer sa souffrance lorsqu'on ne maîtrise pas ou plus sa dépendance ; autant de cadres où les acteurs sont sans cesse confrontés aux limites de leurs interventions, en question sur leurs pratiques, en recherche de nouvelles pistes mais surtout pleins de bon sens à l'écoute de ceux qui sont bien souvent « paumés » ! C'est en tous cas ce qui transparaît au travers des nombreux témoignages qui jalonnent ce dossier et démontrent une fois de plus que, tout seul, l'intervenant en santé mentale se situe bien vite aux frontières de son champ des possibles...

Vous l'aurez compris ! Le travail en réseau est incontournable dans ce domaine... Les politiques aussi l'ont compris... Quelle évolution depuis ce temps où le toxicomane était pointé du doigt comme un pestiféré... L'abstinence à tout prix n'est plus nécessairement l'objectif 1^{er} et des produits de substitution sont proposés. Les intervenants en sont conscients, même si les différentes orientations continuent à faire débat... et par là, à faire progresser la réflexion ! Les réseaux s'organisent donc... ou plutôt devraient s'organiser... parce que, et c'est là que le bât blesse..., si tout le monde l'a compris, et si les textes sont prêts, leur mise en application est bien trop lente malgré l'urgence du problème. Une priorité donc, à traiter sans tarder, en cohérence, entre niveaux de pouvoirs !

A l'instar de l'ampleur de cette matière, notre dossier déborde largement l'espace qui lui est habituellement réservé... Juste la place dans l'actualité pour vous parler de la nouvelle loi sur l'internement qui balaye aujourd'hui l'ancienne loi de Défense sociale. L'envie aussi de pointer deux des réflexions du secteur qui mettent les usagers au centre du travail, prometteuses de nouveaux dialogues entre ceux qui sont fragilisés, ceux qui s'en préoccupent et la société dans son ensemble, au profit d'une santé mentale plus participative et plus humaine encore.

Des pistes à méditer... comme vous le proposera tout bientôt l'Institut Wallon pour la Santé Mentale qui prépare pour la fin de cette année un large débat sur la façon dont les réseaux de soins en santé mentale s'organisent en tenant compte de l'usager. Rendez-vous le 4 décembre !

*Bonne lecture
Christiane Bontemps*



Actualités	
▶ L'internement des personnes atteintes d'un trouble mental <i>Paul Lievens</i>	2
▶ Participation citoyenne et démocratique des usagers dans le champ de la santé mentale <i>Isabelle Deliège</i>	6
▶ Et si on changeait le métier ? <i>Pascale Deverd</i>	8
▶ A découvrir	10

Dossier : Dépendances	
▶ Préface - <i>Pascal Minotte</i>	11
▶ Derrière un concept... <i>Eléonore de Villers</i>	12
▶ Un « patchwork » nommé « assuétudes » <i>Jacques Van Russelt</i>	14
▶ Paroles d'usagers	16
▶ Retrospectives sur l'évolution des usages du secteur toxicomanie <i>Serge Zombek</i>	17
▶ Approche spécifique pour problème spécifique ? <i>Paul Jacques</i>	21
▶ Apport des usagers de drogues aux Médecins Généralistes <i>B. Denis, A. Hoffman, C. Jacques, J.-B. Lafontaine et J.-G. Romain (†)</i>	22
▶ Prise en charge des assuétudes à l'hôpital général <i>Annick Appart</i>	25
▶ A l'hôpital psychiatrique : « Alcooliques » et/ou « Toxicomanes » ? <i>Thierry Lottin</i>	29
▶ Dans la rue <i>Roger Collinet</i>	30
▶ Le suivi du toxicomane en prison <i>Philippe Giltay</i>	32
▶ L'approche communautaire <i>Georges van der Straten</i>	34
▶ Au Service de santé mentale <i>Marie-Paule Giot, Daniel Burkel, Lydia Schoeters et Valérie Tronquoy</i>	36
▶ A la maison... Casa, un projet d'accompagnement à domicile <i>Sara Destrebecq et Teresa Mancini</i>	38
▶ Une vie nouvelle <i>Claudine et Eric</i>	39
▶ Quelle place pour la famille ? <i>Eva Franssen</i>	40
▶ Pratiques partagées autour des assuétudes Rencontres plurielles pour une aide spécifique - <i>Eléonore de Villers</i>	41
▶ Assuétudes et/ou santé mentale <i>Renaud Brankaer</i>	42
▶ Psychoses et assuétudes : un couple infernal ? <i>René Antognini, Samuel Lebrun et Stéphane Hoyoux</i>	44
▶ Jeu de Loi(e) <i>Stéphan Luisetto</i>	46
▶ Repères et références bibliographiques	48



L'internement des personnes atteintes d'un trouble mental

Une nouvelle loi a vu le jour le 21 avril 2007¹. Elle orchestre les matières de la *Défense sociale* sans en mentionner les termes. Exit la « Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude » ; voilà dorénavant une « Loi relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental ». C'est évidemment plus respectueux des personnes.

Paul Lievens

Psychiatre à Bruxelles, Président de Similes
Professeur émérite de la Faculté de Psychologie et de l'École de Criminologie de l'UCL

Considérations générales

Dès le début, l'institution « Défense Sociale » a été amplement critiquée, pas dans son principe mais dans son application. Le reproche le plus important a toujours été, et à juste titre, l'insuffisance des moyens.

La première loi de **1930** a été publiée à une époque où on ne connaissait quasi pas de traitements efficaces, contre les psychoses notamment, et où on ne parlait pas encore, et ce jusqu'en 1950, de traitements psychosociaux. Elle prévoyait des durées d'internement calquées sur le nombre d'années de prison qu'aurait entraîné une condamnation, ce qui n'était pas logique quand on parle de traitements.

Entre **1930 et 1964** les possibilités de soigner les troubles psychiques sont devenues réelles. Il en résulte que l'enfermement en raison de la dangerosité s'impose moins parce que les traitements en ambulatoire normalisent largement. Beaucoup de malades psychiques vivent actuellement hors de l'hôpital et sont pris en charge par divers services extrahospitaliers, par des praticiens et par leur famille. On observe la même chose dans le cadre de la *Défense sociale*, mais là, il y a plus de problèmes en raison des conditions sociales qui, souvent, ne sont pas propices.

La deuxième loi, de **1964**, a pris en considération,

à la fois la dangerosité et la durée des traitements. Elle prévoyait que la commission pouvait, pour des raisons thérapeutiques et par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner (art. 14). Mais ce n'est que progressivement que l'idée de traiter est devenue prédominante et que, lors des séances de la Commission, il est devenu question de trouver un lieu de soins et les conditions sociales d'une bonne réintégration.

Alors que les membres de la Commission se préoccupaient des possibilités thérapeutiques, la loi en disait très peu ; elle ne prévoyait rien d'autre que de placer l'interné dans une institution de soins offrant des garanties de sécurité.

Rappelons que dans la législation réglant l'INAMI, il existe, au Chapitre VI « Du refus des prestations de santé », un article 8 disant : « *Les prestations de santé prévues par la loi du 9 août 1963 susvisée sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale ou placé dans un dépôt de mendicité.* »

Ainsi donc, l'interné ne bénéficiait plus, et ne bénéficie toujours pas, de la sécurité sociale. Par l'article 14, le Ministère de la Justice payait les factures des hôpitaux où étaient placés des internés. « C'était onéreux » et puis certains hôpitaux n'acceptaient pas cette formule en raison des

retards de paiements. Pour qu'un interné puisse être soigné dans un hôpital psychiatrique tout en bénéficiant de la sécurité sociale, il fallait le libérer conditionnellement. Ce qui n'était possible que dans certains hôpitaux acceptant que le patient ne puisse sortir, pour un WE par exemple, qu'avec l'autorisation du président de la Commission. Mais les places dans ces hôpitaux psychiatriques étaient limitées ; alors l'interné était simplement inscrit sur une liste d'attente, et cette attente pouvait durer de 6 à 10 mois, parfois plus. On peut comprendre les plaintes des internés et de leurs familles. Mais c'était le système ; tout fonctionnait bien mais **pour les soins il fallait attendre.**

La justice pénale a eu besoin de la psychiatrie parce qu'elle s'appuie sur le postulat du libre arbitre. Si un accusé n'est pas capable de répondre de ses actes en raison d'un trouble mental, la sanction perd son fondement.

A partir de là se mettent en place des mesures, des procédures et des institutions dont la finalité est à la fois le sécuritaire, l'assistance aux victimes et le traitement des délinquants malades. La justice a assumé **le sécuritaire et la réinsertion sociale par le traitement.** Il lui a été demandé d'être efficace dans un domaine qui n'est pas le sien. La sanction pénale vise à punir et ne contient aucune préoccupation du devenir social du condamné. Elle doit donc, pour les internés, faire appel à des intervenants médicaux et psychosociaux ; et parce qu'elle veut garantir la sécurité, elle le fait selon ses dispositions et dans son cadre. Dans la nouvelle loi, on trouve la même détermination.

La nouvelle loi

La nouvelle loi, inspirée des travaux de la commission Delva, Vandemeulebroeke et Cosyns, est certainement plus adaptée à la situation actuelle.

Ses articles entreront en vigueur à des dates qui seront fixées par le Roi et au plus tard le premier jour du 18^{ème} mois suivant la publication.

La loi présente l'internement comme « *une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à l'intéressé les soins requis par son état en vue de la réinsertion dans la société.* »

Nous en retenons les points suivants :

Les missions des commissions de défense sociale relèvent dorénavant du **tribunal de l'application des peines** (art. 26) en vertu du principe « de protection de la société ». La **justice** reste le garant, en fin de compte, de la situation de l'interné, tout en prenant les mesures nécessaires pour assurer un traitement. Il n'y aura donc plus, vraisemblablement, ces larges débats entre les divers acteurs : le président, l'avocat, le psychiatre, le substitut du procureur, le directeur de la prison, les travailleurs sociaux, les psychologues, et l'avocat de l'interné. Ce groupe fonctionnait selon le modèle d'une étude de cas ; il n'y avait pas ou guère de plaidoiries. La loi dit aussi que l'examen de l'affaire a lieu, à la première audience utile du tribunal de l'application des peines. Cette audience doit avoir lieu au plus tard 2 mois après que le jugement ou l'arrêt d'internement soit passé en force de chose jugée. Il est sous-entendu que l'interné malade a reçu entre-temps des soins appropriés.

Les **trois lieux** où un interné peut séjourner sont : une section psychiatrique d'une prison, un établissement ou un secteur de défense sociale organisé par l'autorité fédérale, un établissement organisé par une institution privée, une communauté ou une région ou par une autorité locale qui satisfait aux conditions de sécurité à déterminer par arrêté royal délibéré en conseil des ministres et qui est en mesure de dispenser les soins appropriés. Rien de bien neuf.

L'**expertise** sera faite par un expert qui doit satisfaire à certaines exigences, notamment « être

reconnu préalablement par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions ou par son délégué ». Le Roi détermine les conditions et la procédure pour la délivrance de cette reconnaissance. La loi ne prévoit pas que l'expert doit être psychiatre alors que la spécialité est officiellement reconnue par l'A.R. du 25/11/1991 (M.B. 14/03/1992). Qu'il faille des professionnels est compréhensible. Ce qui l'est moins, c'est qu'ils ne feraient que cela, c'est-à-dire plein temps. L'expert doit rester en contact clinique avec les pathologies mentales courantes.

Ce qui est essentiellement nouveau, c'est la formulation de la **mission de l'expert**. Il y a lieu d'établir :

- « *qu'au moment des faits et au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;*
- *qu'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;*
- *que, du fait du trouble mental, la personne risque de commettre de nouvelles infractions ;*
- *que la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réintégration dans la société.* »

Les conditions d'application de la loi sont un crime ou un délit, un trouble mental et un danger potentiel de récidive.

La libération à l'essai ou les sorties sont subordonnées à l'évaluation des contre-indications suivantes :

- absence de perspective de réinsertion sociale ;
- amélioration insuffisante du trouble mental ;
- risque que l'interné se soustraie à l'exécution de l'internement ;
- risque qu'il commette des infractions graves ;
- risque qu'il importune les victimes ;
- attitude de l'interné à l'égard de ses victimes ;
- refus de l'interné de suivre une guidance ou un traitement jugés utiles pour lui, ou son inaptitude à le faire quand il est interné pour des faits de mœurs.

La loi ne concerne pas les récidivistes ni les délinquants d'habitude ni les délinquants sexuels sauf s'ils sont atteints d'un trouble mental.

Trouble mental

Cette formulation a paru préférable à un essai de description des pathologies mentales pouvant interférer avec la conduite délinquante ou l'entraîner. Elle les recouvre toutes, y compris la débilité mentale et les démences.

Ce terme correspond à ce que, dans le monde anglo-saxon, on appelle « mental disorder » et de manière plus précise, à sa définition et son emploi dans le D.S.M. IV². Ce manuel n'est pas un traité de psychiatrie ni une théorie des maladies mentales. C'est un manuel a-théorique descriptif systématique qui fait une nosologie a-théorique syndromique des troubles mentaux. Il est comparable à un code, assez objectif, éminemment utile pour la recherche pharmacologique ou autre, parce qu'il permet des comparaisons des résultats obtenus par des psychiatres d'écoles différentes et de cultures différentes.

La loi ne demande pas à l'expert de dire l'importance du trouble, ce qui était le cas dans la loi de 1964. Ce n'est pas la gravité du trouble qui importe mais bien le rôle qu'il a pu jouer dans l'abolition ou l'altération grave des capacités, et évidemment la possibilité de constituer un lien de causalité avec les faits.

Le **trouble mental** caractérise les états psychiatriques connus en exprimant l'idée qu'il y a une anomalie malade du fonctionnement mental.

Un syndrome (ensemble cohérent de symptômes), pour être un trouble mental, ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par ex. le décès d'un proche cher. On ne précise pas la cause originelle du syndrome. Il est considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de quelqu'un.



Un comportement déviant, par ex. politique, religieux ou sexuel, n'est pas un trouble mental, pas plus qu'un conflit existant essentiellement entre l'individu et la société sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement.

La pathologie ne réside donc pas dans les symptômes ni dans les manifestations comportementales ou psychologiques ou de subjectivité, mais dans l'atteinte sous jacente qui entraîne ces symptômes et dans les opérations préalables à ces manifestations.

Après avoir affirmé l'existence d'un trouble mental, il y a lieu d'évaluer s'il a aboli ou gravement altéré **les capacités de discernement ou de contrôle des actes** ? Evidemment, la définition de ces deux domaines n'est pas faite.

La loi dit « capacité », concept qui fait penser à celui de Faculté de l'âme du XIX^{ème} ; il ne correspond pas à une fonction psychologique précise alors que tout le monde croit savoir de quoi il s'agit.

Dans la loi de 1964, il fallait se prononcer sur le contrôle des actions. Ces termes pouvaient être compris comme ne concernant que le côté opérationnel ou comportemental des actes, négligeant les aspects affectifs, intentionnels et de planification. Un acte peut être exécuté avec une parfaite maîtrise tout en étant basé sur une intention dont le contenu est manifestement pathologique (ex. délire, paranoïa).

Capacité de discernement ou de contrôle des actes

La **capacité de discernement** est abolie ou fortement altérée dans les cas de confusion mentale, dans les déviations délirantes de la pensée et dans les états passionnels quand certains éléments de la réalité ou de la situation ne sont plus pris en considération parce que scotomisés (occultés) inconsciemment. On parlera alors d'un manque de jugement ou d'un défaut de jugement. La logique de raisonnement d'un paranoïaque est correcte mais on constate que

certain éléments de la situation manquent. Le mélancolique qui tue son enfant et se suicide après, témoigne d'une abolition de la capacité de discernement et pas d'une perte de contrôle. Ses actes sont en conformité avec son vécu de la situation et dans la logique de sa pensée. Le débile mental peut contrôler et combiner ses actions mais pas discerner. Dans l'involution dementielle, il y a perte ou abolition du discernement et du contrôle. Le maniaque se dépasse et ne peut pas s'inhiber mais trouve son comportement justifié ; ce en quoi il manque de discernement. La personne victime d'une crise d'angoisse ne se contrôle plus, tout en se rendant compte du caractère absurde de sa situation.

L'abolition ou l'altération grave du contrôle des actes correspond à l'impulsivité pathologique (chez certains psychotiques), à la désorganisation des actes sous l'influence d'une émotion violente, d'une angoisse ou de substances toxiques. On pourrait dire que tombent sous cette dénomination certaines violences affectives réactionnelles à une situation. Retenons que le meurtre chez un psychopathe comporte une composante plus rationnelle et plus organisée que le meurtre chez un patient psychotique où l'on constate une perturbation psychique plus importante ou une composante délirante au moment de l'action.

Le fait d'avoir envisagé les deux possibilités, l'abolition ou l'altération grave des capacités évite la dichotomie « malade / non malade ». La deuxième catégorie comprend des personnes dont la responsabilité pénale n'est pas abolie mais fortement réduite. Pour ces cas, a été discutée l'éventualité de prononcer une peine assortie d'une mesure de sûreté ou d'une mesure de sûreté assortie d'une peine, comme cela existe aux Pays Bas et en Allemagne. La formule actuelle a été adoptée en considérant que la symbolique de la sanction est atteinte par le fait que l'interné perçoit souvent l'internement comme une privation de liberté et une peine.

L'abolition et la grave altération des capacités

sont deux réalités très proches, l'abolition étant moins fréquente. Relèveraient de l'abolition la bouffée délirante, un état aigu de schizophrénie, un état d'exaltation maniaque, un état mélancolique, la bouffée d'angoisse d'un délirant persécuté, la paranoïa dans certains cas et la débilité mentale caractérisée.

Lien causal entre le trouble mental et les faits

La formulation de la question est judicieuse parce qu'elle ne porte que sur la possibilité de lien causal. La causalité d'un acte n'est évidemment jamais simple. Ce qui amène un sujet à agir est une constellation de facteurs parmi lesquels l'état mental n'en est qu'un. Pour comprendre un acte, il faut évidemment connaître le sujet et notamment sa façon d'avoir perçu la situation et d'avoir adhéré à ce qui lui a paru la bonne réponse.

On avait coutume de dire que les rapports entre une pathologie mentale et un comportement délinquant étaient de trois types :

Un rapport direct. Le trouble mental a induit l'acte, justifie l'acte. C'est le cas typique de l'halluciné qui entend une voix lui intimer l'ordre de tuer. Le cas aussi du délirant persécuté qui se sent en danger, du délirant justicier qui veut purifier la société ou punir quelqu'un, du délirant mystique qui est convaincu de sa mission salvatrice, du jaloux. C'est aussi le cas du débile mental qui ne comprend pas la conséquence ou ne prévoit pas la suite d'un acte parce qu'il n'a pas le sens du temps et de l'avenir.

Un rapport de facilitation, dans son aspect de discernement et ou de contrôle. Le moins doué dont le jugement ne prend pas en compte les suites de son acte. Les pulsions sexuelles qu'un débile ou un pervers veut réaliser sans prendre en considération l'attente de l'autre. Un névrosé qui se sent inférieur et exclu, et qui réagit agressivement dans une situation où il est fort bafoué ou humilié. Les modifications de l'humeur comme

celles qui se produisent lors des modifications hormonales du cycle, surtout pendant la phase prémenstruelle, les colères notamment mais aussi certaines « envies » de vol à l'étalage, que la personne ne maîtrise plus mais gère parfaitement et qui, après coup, se débarrasse du produit du vol dans une poubelle. En somme, ce qu'on décrit comme les troubles du contrôle des pulsions : les dépendances, les troubles alimentaires (boulimie, anorexie), les paraphilies, la kleptomanie, la pyromanie, le jeu pathologique.

Une carence affective grave dans l'enfance fragilise le sujet et le rend moins tolérant aux frustrations. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est aussi un facteur facilitant. Le sujet a connu un passé pénible : il a subi de nombreuses remontrances et humiliations, il n'a pas réussi comme les autres et il se rend compte que les parents et les enseignants n'ont pas tenu compte de ses difficultés ; il n'a donc pas été reconnu. En outre, ce syndrome existe toujours chez certains adultes et explique l'altération de leur capacité de contrôle. Dans la population pénitentiaire d'ailleurs, il y a plus de syndromes TDAH que dans la population générale.

La déviance sexuelle, sauf les paraphilies, n'est pas retenue comme trouble mental, mais le passage à l'acte est facilité par un faible niveau intellectuel ou une tendance psychopathique ou un début de psychose ou un syndrome d'abandonnisme.

Aucun rapport. Le délire en secteur par exemple, l'érotomanie, le délirant somatique, le mégalomane ou le pervers sexuel qui vole. La question est évidemment de savoir ce que le sujet a pensé et le but qu'il a poursuivi pour voir s'il y a interférence.

Dangerosité

De manière lapidaire, on peut dire que la dangerosité n'est pas une caractéristique ou une dimension ou un trait de la personnalité ; c'est un concept qui traduit le plus souvent la crainte de celui qui parle et donc son anxiété.

On pense trop facilement qu'un délinquant grave est un fou et que les récidives supposent une anomalie comparable à une maladie mentale. Il est vrai que certains délinquants sont incorrigibles au sens pénal du terme comme certains malades sont incurables ou rechutent au sens médical du terme. Mais l'incurabilité se juge en fonction des moyens que l'on peut mettre en oeuvre et pas seulement du diagnostic.

La dangerosité n'est plus uniquement considérée comme liée à une pathologie. Elle est déterminée par l'interaction d'un patient avec une situation de conflit ou de détresse comme peuvent en connaître des personnes en bonne santé. Le concept « **risques** » est plus judicieux que le concept « dangerosité ». Le concept statistique peut être considéré comme plus ou moins important non en fonction du diagnostic, mais en fonction des observations, de la situation de la personne et de l'humeur ou des craintes de l'observateur. On a réifié le concept de dangerosité ; on l'emploie comme s'il correspondait à quelque chose de réel dans le sujet (ce qui ne peut être démontré mais peut être évalué éventuellement en termes de probabilité), comme un déterminant dans le sens déterministe. La dangerosité dans beaucoup de cas n'est que le résultat d'un étiquetage dans lequel l'inquiétude de l'observateur joue évidemment un rôle. On ne peut plus longtemps la considérer comme une disposition interne ; c'est en général un statut attribué par l'entourage.

Certaines pathologies, de l'avis de tous, sont plus dangereuses que d'autres, mais il y a des divergences entre les auteurs.

Une section psychiatrique en prison

Signalons que l'annexe psychiatrique de la prison est devenue une section psychiatrique de la prison et que la Circulaire n° 1800 de la Ministre de la Justice y crée « **des équipes soignantes pour internés** » pluridisciplinaires composées d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un ergothérapeute, d'un infirmier psychia-

trique, d'un kinésithérapeute et d'un éducateur.

Ce qu'on attend depuis 1934, et certainement depuis 1964 est enfin réalisé, des soins appropriés pour les internés qui doivent séjourner à l'annexe en attendant d'être soignés ailleurs.

Conclusions

La nouvelle loi est **un progrès**. La formulation des questions posées à l'expert est plus conforme aux idées actuelles de la psychiatrie. L'aspect sécuritaire est certes prédominant, mais il faut reconnaître que l'aspect thérapeutique est cette fois plus nettement affirmé.

Reste à espérer que le tribunal d'application des peines pourra gérer efficacement le devenir des internés... ●

¹ Publiée au Moniteur belge le 13 juillet 2007.

² D.S.M., Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Paris, Masson, 1996.



Participation citoyenne et démocratique des usagers dans le champ de la santé mentale

De plus en plus sollicitée, la participation citoyenne des usagers en santé mentale se développe progressivement.

Mais où en est-elle aujourd'hui ? Quels processus sont à l'œuvre quand les usagers se mobilisent ou sont invités à le faire au sein de structures de soins en santé mentale ou dans d'autres lieux ? Quelles sont les avancées mais aussi les obstacles qui se dressent sur la route de la participation citoyenne, pour ces personnes souvent fragilisées, voire marginalisées ?

Autant de questions auxquelles Mireille Tremblay¹ a tenté d'apporter des réponses², forte de son expérience de terrain et dans la recherche scientifique, sans oublier son implication dans le développement démocratique. Ajoutez à cela une habilité à donner une réelle place au débat et à l'échange entre professionnels de la santé mentale (ou de l'éducation), usagers et universitaires, et tous les ingrédients sont réunis pour un moment d'échange de qualité, cohérence avec la thématique oblige !

Isabelle Deliége
IWSM

Contexte actuel

Les changements actuels, tant environnementaux, sociaux, démographiques, que technologiques et politiques, risquent bien de changer la face de notre planète. Dans ce contexte, il se pourrait bien que nous ayons aussi besoin d'une nouvelle forme de gouvernance, plus démocratique, qui s'appuie sur une citoyenneté globalisée, dans une « société du savoir ». Autant de bonnes raisons pour se pencher sur la thématique de la participation en général, et de celle des usagers en santé mentale en particulier.

Où en est la participation ?

Les **droits de l'homme** se décomposent en droits civils, droits socio-économiques et droits politiques. Où en sont les usagers en santé mentale par rapport à ces différents droits ?

Le mouvement de désinstitutionalisation, initié en Italie, a permis aux personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie mentale d'acquérir des *droits civils* (liés à la protection des person-

nes) : sortir de l'asile, être considérés comme des citoyens comme les autres et jouir de leur liberté.

Les *droits sociaux, économiques et culturels* ont davantage trait au processus d'inclusion et à la contribution sociale. Ils se sont considérablement développés, dans les années 80 et 90, avec la prise en charge par l'Etat des programmes de soins, de réinsertion, etc. destinés aux personnes en souffrance psychique.

Les droits *politiques*, qui impliquent engagement et participation politique, sont probablement ceux pour lesquels il reste le plus de chemin à parcourir pour les usagers en santé mentale. Ils supposent des compétences à acquérir. Les personnes marginalisées participent généralement moins parce que d'une part, elles ne croient pas suffisamment avoir une influence si elles participent et d'autre part, elles ne disposent pas toujours des compétences nécessaires. L'exercice de ces droits politiques ne se résume pas au fait d'avoir du pouvoir sur sa vie ou sur les services qu'on fréquente (niveau individuel). Il s'étend au fait d'avoir du pouvoir sur d'autres

éléments plus globaux encore qui influencent notre existence.

Actuellement, la participation des usagers s'entend surtout au niveau de leur prise en charge et de l'activation du réseau dans lesquelles ils sont appelés à prendre une place active³. Elle est également encouragée au niveau des structures de soins, afin d'améliorer la qualité des soins et les conditions de prise en charge. En Belgique, elle se développe petit à petit au-delà des frontières des institutions, par exemple lorsqu'ils sont amenés à donner leur avis sur l'organisation des réseaux et circuits de soins pilotes⁴. Mais ceci dépasse peu le domaine de l'organisation des soins.

Incitation à la participation

Par ailleurs, l'Etat cherche aujourd'hui à encourager la participation des citoyens à différents niveaux.

En santé, la participation et l'empowerment passent, dans l'expérience québécoise, par les Plan de Services individualisés (que la loi exige que tous les intervenants fassent), les mécanismes de plaintes, les comités d'usagers, les conseils d'administration (postes réservés aux usagers), les projets cliniques et la planification des services, l'élaboration des politiques et les commissions parlementaires.

Facteurs et processus de participation

Des recherches sur la participation citoyenne, on peut retenir que celle-ci dépend de différents facteurs : le sexe (masculin), l'âge (jeunes), le niveau de scolarité (collégien et universitaire), la lecture des nouvelles et l'expérience du processus démocratique (bénévolat, engagement des parents). Le sentiment de maîtrise de sa vie et la

conviction qu'à la personne de pouvoir **influencer** son propre environnement jouent également. Or, pour les sujets fragilisés voire marginalisés, cette capacité est souvent émoussée.

Le **réseau** qu'à la personne peut aussi faire la différence : si la citoyenneté est une bagarre, face à une machine parfois perçue comme inhumaine, le fait de faire des choses avec les gens, et de s'associer, fait qu'on se sent plus fort.

Le sociologue Alain Touraine, pose la question « pourrions-nous vivre ensemble ? » Pour Mireille Tremblay, une des clés de réussite dans tout processus de participation (démocratique ou citoyenne), réside dans la **convivialité**. Elle en témoigne notamment au travers de son expérience des conférences citoyennes de l'Institut du Nouveau Monde, dont elle est un des membres fondateurs. On l'oublie souvent car on se centre sur la tâche mais pour que les gens s'impliquent, il faut qu'ils prennent du plaisir à être ensemble, à se retrouver, à travailler ensemble. La dimension de la rencontre est constitutive de l'expérience de participation. Et pour pouvoir créer des liens, il faut des espaces et des moments de convivialité.

Difficultés et obstacles

Quelques difficultés demeurent, tant du côté des usagers que des professionnels !

Au travers d'un témoignage d'*usager*, il apparaît que l'expérience de la participation peut être vécue comme une **lutte** avec une forte charge émotionnelle : « Quand on veut participer, on vous écrase », dit une dame qui déclare se battre depuis des années pour les droits d'un usager sous administration provisoire.

De fait, ponctue Mireille Tremblay, « *Prendre la parole, c'est déjà difficile. Faire exercer ses droits, cela l'est aussi. Et c'est encore plus dur quand tu es marginalisé. Et quand on a une difficulté de santé, c'est dur d'avoir une parole citoyenne* ». On peut parfois avoir l'impression de ne pas être entendu ou écouté.

Les *professionnels*, qui multiplient les efforts pour faire participer les usagers (cette participation étant parfois inscrite dans le décret qui finance leur structure), rencontrent aussi des obstacles. Une intervenante ayant animé un Conseil d'usagers pour des personnes trisomiques pointe, par exemple, un problème au niveau des procès verbaux de réunions rédigés par les professionnels. Il faut qu'ils soient accessibles pour les usagers. Or, il existe une différence de langage et les usagers ne se reconnaissent pas nécessairement dans ce qui est écrit.

Pour d'autres, issus de l'éducation permanente, la difficulté réside dans le fait d'« aller chercher » les publics défavorisés et marginalisés, pour leur dire qu'ils ont une place dans le débat démocratique.

La question du rapport à l'expertise pèse aussi

dans la question de la participation des usagers en santé mentale. Elle porte en effet à s'interroger sur la manière dont on rentre dans un rapport d'autorité. Celui-ci mobilise des images et des représentations parfois profondément ancrées. « *Qui sommes-nous d'autres que ce qu'on nous a appris qu'on était ?* », interroge un participant.

En définitive, la participation constitue une expérience et un processus qui se construisent tous les jours, au travers de nos attitudes, nos paroles et nos actes les uns vis-à-vis des autres. A nous aussi de donner une place aux usagers et de les soutenir dans la démarche. ●

¹ Mireille Tremblay est psychologue sociale et professeure associée au département de communication sociale de l'Université du Québec à Montréal. Elle a travaillé 15 ans en psychiatrie et en planification des services de santé mentale et a réalisé un doctorat en sciences humaines appliquées.

² Séminaire d'échange et de réflexion organisé par le département de psychologie des FUNDP de Namur en collaboration avec l'asbl Psytoyens : « L'Apprentissage de la communication citoyenne et démocratique dans le champ de la santé mentale » par Mireille Tremblay, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur, le 4 février 2008.

³ Le fait que l'usager soit acteur a été mis en évidence comme un des principes de fonctionnement en réseau dans les travaux de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Cfr I. Deliège, C. Bontemps, « Le Travail en réseau en santé mentale », Rapport de Recherche, IWSM, novembre 2007.

⁴ Dans le cadre des « concertations transversales » par population cible, associées aux projets thérapeutiques pour patients chroniques et complexes au niveau fédéral.

Bon à savoir : quelques ressources

- ▶ Aux niveaux wallon et bruxellois, **Psytoyens** soutient la participation des usagers en santé mentale. Ceux-ci sont notamment impliqués dans les projets thérapeutiques fédéraux. Un groupe de travail y est à l'œuvre pour relayer le point de vue des usagers et des proches d'usagers sur les « réseaux et circuits de soins » en cours d'expérimentation.

Contact : Rue Henri Lemaître, 78 à 5000 Namur ☎ 081/235019 - www.psytoyens.be

- ▶ **L'Institut du Nouveau monde** organise des dialogues citoyens et des conférences citoyennes, réunissant 500 à 600 personnes, sur des thématiques comme la culture, la santé, la solidarité, etc.

Contact : www.inm.qc.ca

- ▶ Le **Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation**, association d'éducation permanente propose notamment des formations.

Contact : www.cpcp.be



Et si on changeait le métier ?

A la croisée de la santé mentale et de l'aide sociale, le projet SAMENTA a donné l'occasion aux intervenants louviérois de s'offrir un temps de réflexion¹ pour questionner et nourrir leurs pratiques quotidiennes. Echanger des savoir-faire, partager l'expertise acquise dans la rencontre avec les personnes gravement désocialisées, entrevoir une clinique nouvelle², approcher des projets d'intégration sociale dont les familles précarisées sont elles-mêmes co-auteurs³, tout en découvrant des œuvres plastiques⁴, des sketches⁵ ou des illustrations⁶, autant de bonnes raisons pour ces professionnels de prendre le temps de s'arrêter, et pour nous de vous en parler !

Pascale Deverd
Psychologue, Coordinatrice PFRCC

Certaines personnes meurent après avoir été aidées ! Ces mots résonnent étrangement aux oreilles des personnes qui ont fait de l'aide leur profession. Le sujet qui souffre du syndrome d'auto-exclusion génère un malaise certain tant chez les travailleurs sociaux que chez les cliniciens. "Les SDF, on ne sait rien faire avec la majorité d'entre eux", "On ne sait pas par quoi commencer : les problèmes psychiques ou les problèmes sociaux", "Ils refusent l'aide qu'on leur propose", "Ce sont toujours les mêmes qui tournent d'un service à l'autre", "Ils n'acceptent aucun programme d'intégration", "Dès qu'il y a des règles, ils ne sont pas preneurs", etc. La liste de ces assertions est longue, mais toutes ont un point commun : l'impuissance et l'échec de la plupart des actions visant l'aide et l'intégration sociale des exclus.

Le syndrome d'auto-exclusion

C'est en considérant le syndrome d'auto-exclusion que l'on comprend mieux comment toute forme d'aide semble a priori vouée à l'échec. Dans certains cas, les problèmes sociaux sont à l'origine des problèmes psychiques et dans d'autres, c'est juste le contraire. Mais le résultat implique l'être dans sa globalité : la solution tentée par la personne en souffrance pour "être au monde" réside dans son propre éloignement ; un éloigne-

ment par rapport à ses proches, par rapport à la société, par rapport à elle-même. Ainsi, le clivage peut l'amener à ne plus être en lien, ne plus s'occuper de ce corps, parfois ne plus penser, ne plus sentir, ne plus ressentir affects et sensations... Dans la mise à distance du sujet, la personne trouve un équilibre qui lui permet de rester en vie... pour quelques temps en tout cas. Alors, accepter l'aide serait reconnaître sa souffrance, se reconnaître, revenir à soi-même...

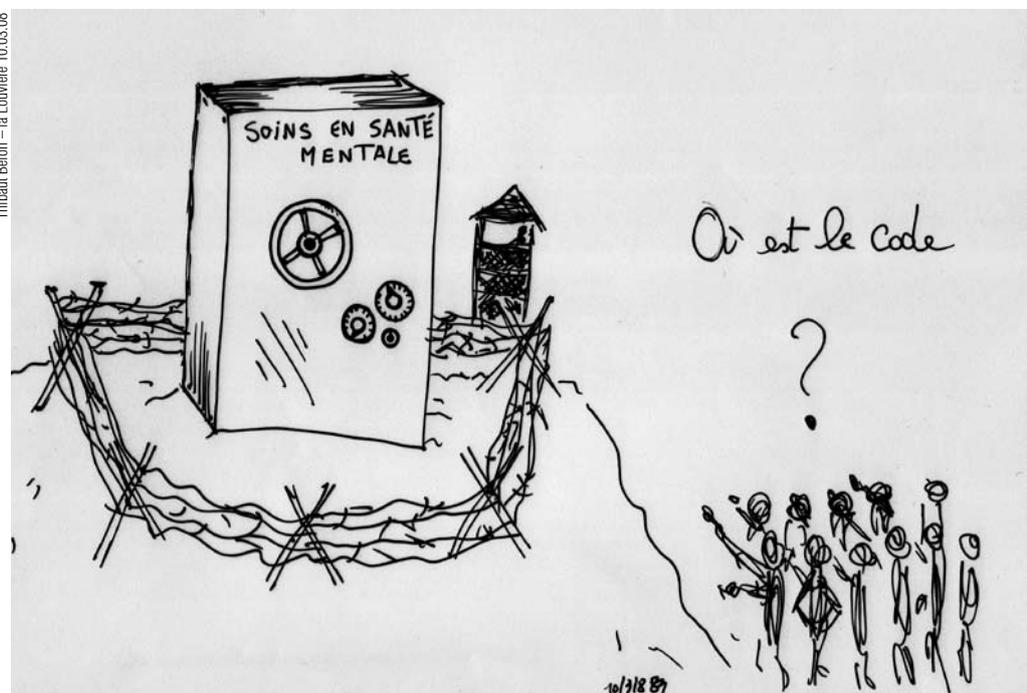
Donc, constat d'impuissance ! Mais encore... pour le professionnel, comment décider quand il faut contraindre un individu en errance à se faire soigner ? Comment évaluer la dangerosité

de son état physique déplorable sans l'emmener manu militari consulter un médecin ? C'est que le travailleur psychosocial navigue souvent entre ingérence et non-assistance à personne en danger. Ce choix n'est pas simple... Il l'est encore moins lorsqu'on apprend que la lame peut être à double tranchant : il arrive en effet que certaines personnes souffrant du syndrome d'auto-exclusion meurent quand on leur a apporté des soins. Rompre l'équilibre précaire permis par les symptômes peut balayer la tentative de solution de la personne ; et ce n'est pas sans danger !

La subjectivité comme outil

Alors, comment travailler avec ce public sans friser le découragement, voire atteindre le burn-out ? Voilà une question qui rejoint directement le titre du colloque "Et si on changeait le métier ?". Jean Furtos propose de dépasser la technicité du métier pour les travailleurs en lien avec ce public et d'envisager ce qui, en eux, vibre et se ressent. Le malaise ressenti et si compréhensible est, en fin de compte, utile et constitue même une valeur ajoutée du métier. A travers l'humanité du professionnel, le sujet revient bel et bien. Se laisser émouvoir en tant que sujet offre à la personne en

Thibaut Belon - la Louvière 10.03.08



errance un miroir. Et ce miroir est un outil capable de la remettre sur la voie du sujet qu'elle avait fui...

Utiliser efficacement sa subjectivité comme outil de travail ne peut s'envisager sans interventions. Il s'agit de prendre ponctuellement le recul nécessaire à l'analyse et également, de considérer l'usager dans sa globalité (pour permettre le retour du sujet...).

Au-delà des clivages

La nécessité du croisement entre les secteurs de l'aide sociale et de la santé mentale (et physique aussi), pour évidente qu'elle soit au regard du tableau clinique de l'auto-exclusion⁷, ne donne pourtant pas lieu aussi facilement à des concrétisations, comme nous l'explique Serge Zombek. Parce qu'en Belgique, nous vivons traditionnellement dans un paysage institutionnel morcelé. Les compétences sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir qui ont un fâcheux réflexe, celui de se renvoyer la balle, celle par exemple, du financement d'un dispositif à cheval sur deux secteurs. Ensuite, parce que dans le domaine médical, la tendance actuelle est à la spécialisation. La clinique généralisante tend à s'effacer du secteur hospitalier : des urgences, les exclus sont facilement renvoyés vers l'ambulatoire, ce qui ressemble à une fin de non recevoir du syndrome d'auto exclusion, compte tenu de l'inconstance et de la rupture du lien qui lui sont propres.

C'est en se penchant sur les particularités du public cible qu'on peut lui rendre accessible les soins et les services.

De fait, c'est au départ du terrain, de l'initiative des soignants et des aidants que le travail en réseau, comme le SMES-B, se construit et que les politiques soutiennent enfin des projets hybrides⁸ impliquant les deux secteurs. Se pencher sur les problématiques de l'usager, s'y adapter pour définir nos pratiques, influencer les autorités publiques... Est-il possible d'aller plus loin

encore et de concevoir les programmes d'aide et de soins avec ceux qui en sont les bénéficiaires ?

A la rencontre des gens

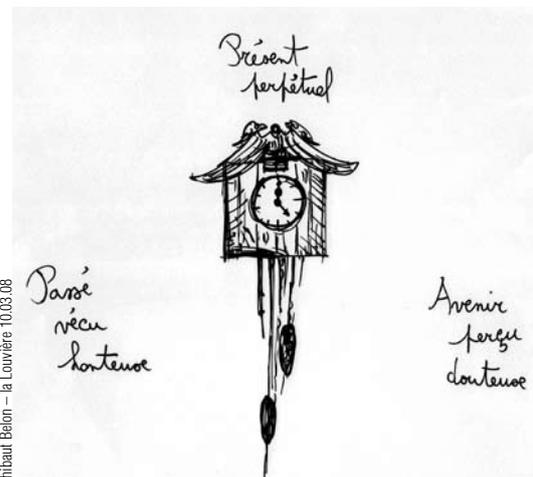
C'est en tout cas la démarche de l'asbl bruxelloise *Le Pivot*. L'association d'Henry Clark a inscrit son action dans la durée pour permettre aux familles d'un quartier, familles initialement désignées «fonds de tiroir», d'expérimenter la réussite. Il est bel et bien possible de briser la répétition des scénarios d'échec qui se perpétuent depuis des générations.

Comment ? En allant à la rencontre des familles à la fois dans leurs lieux de vie et dans leur vécu. Les ressources et les forces de ces familles sont recherchées et découvertes dans la mise en œuvre de projets communs qui, tout en intégrant les passés honteux, répondent à leurs besoins actuels. Pour la première fois parfois, des compétences sont identifiées. Nommées, elles sont structurées et utilisées et le miroir du travail psychosocial fonctionne à nouveau...

Il permet aux familles leur auto-reconnaissance comme entités capables. Dans l'utilisation de leurs capacités nouvellement reconstruites, les familles deviennent actrices de leur présent, passent de l'assistance à la responsabilité et peuvent enfin s'imaginer un avenir.

Retrouver en chacun le sujet

Le 10 mars dernier, le ton était donné : à la question de changer le métier, les réponses semblaient converger vers l'usager... ou le patient, selon qu'il est nommé par les services sociaux ou ceux de la santé mentale. Ou bien, faudrait-il plutôt parler du sujet, tout simplement, qu'il s'agisse, pour le professionnel, d'accueillir sa propre subjectivité comme outil de travail ou celle de la personne en exclusion comme source des pratiques qui la concernent ?



Thibaut Belon - la Louvière 10.03.08

Les acteurs de l'Atelier Théâtre du CPAS l'ont également exprimé dans la chute si classique de leur série de sketches. Le psychiatre finit par devenir fou. Le patient aurait aussi bien pu prendre sa place de façon à renforcer le message : la qualité d'être humain est en elle-même une compétence. ●

Le projet **SAMENTA** (Santé Mentale – Accessibilité) est une recherche-action initiée par la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi (PFRCC) et financée par le Relais Social Urbain de La Louvière. Cette initiative, qui a démarré en 2007, vise l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé mentale pour le public louviérois en grande précarité sociale.

► PFRCC :

☎ 071/92.55.10 (11)
info@pfrcc.com

► Projet SAMENTA :

M. Dominique Leborgne
☎ 0476/89.37.11

¹ Lors du colloque « Et si on changeait le métier ? », organisé à La Louvière, le 10 mars 2008. Une initiative conjointe de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi (PFRCC) et du Relais Social Urbain de La Louvière, impulsée dans le cadre de leur projet commun SAMENTA.

² Avec Jean Furtos, Psychiatre, Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (France) et Serge Zombek, Psychiatre au CHU Saint-Pierre de Bruxelles et co-Président du SMES-B (Santé Mentale Exclusion Sociale de Belgique).

³ Avec Henry Clark, Fondateur de l'asbl Le Pivot à Bruxelles.

⁴ Exposition de l'Atelier Césame : Atelier artistique – Centre d'activités de jour pour patients fréquentant/ayant fréquenté les dispositifs de soins de santé mentale.

⁵ Proposés à différents moments de la journée par l'Atelier Théâtre du CPAS de La Louvière.

⁶ Réalisées par le caricaturiste Thibaut Belon (psychologue du SPAD (Soins Psychiatriques à Domicile), projet pilote fédéral, Saccado).

⁷ *Les naufragés*, Patrick DECLERCK, Plon, 2001.

⁸ A Bruxelles, un décret conjoint des ministres de la santé et du social agréé 13 réseaux impliquant 150 institutions. A La Louvière, le projet pilote SAMENTA est financé par la Région wallonne via le Relais Social Urbain. Si un dispositif émerge de la recherche-action, un financement structurel devra être recherché.



A découvrir

Nicole Malinconi,
Vous vous appelez Michelle Martin
Récit, Paris, Denoël, 2008

Tout commence sur un malentendu. Depuis la prison où elle purge sa peine, Michelle Martin fait part à son avocat de son désir d'écrire. Pour la guider dans ce travail, l'avocat contacte l'écrivain Nicole Malinconi, qui accepte de rencontrer la détenue. Dès leur première entrevue pourtant, leurs points de vue divergent : alors que Michelle Martin souhaite écrire sur ses conditions de détention, Nicole Malinconi s'efforce de lui faire comprendre que c'est une autre parole qui doit advenir, celle qui reconnaîtrait la responsabilité des crimes commis. Au gré de leurs rencontres, Nicole Malinconi va tenter, patiemment, d'approcher cette vérité essentielle. Elle n'y parviendra jamais vraiment; souvent, tout au bord de cette parole, Michelle Martin esquive, se réfugie dans le silence et le déni.

Dans une écriture dense et précise, Nicole Malinconi égrène au plus près le fil des heures passées dans le parloir, et ce combat toujours repris contre l'évitement du réel. Elle restitue avec justesse, et bien loin des clichés et du sensationnalisme, le portrait d'une femme longtemps sous emprise, qui rejette aujourd'hui toute responsabilité sur l'enfermement mental que lui ont fait subir sa mère puis Marc Dutroux.

Au-delà du cas de Michelle Martin, le livre de Nicole Malinconi est aussi une réflexion passionnante et audacieuse sur la question du mal, de sa banalité, de son inscription au cœur de nos vies. Ni plaidoyer ni réquisitoire, le récit s'efforce plutôt d'éclairer ce qu'est « un homme avec sa part d'inhumanité ». Il renvoie chacun à la face sombre de la nature humaine et à la difficulté d'accepter cette condition divisée, « ce mélange d'humain et d'inhumain qui est en nous ». Nicole Malinconi pose ces questions avec lucidité et une profonde intelligence, poursuivant un chemin d'écriture exigeant et salutaire.

Anouk Delcourt, *Librairie Point Virgule, Namur.*

Dans la collection «**MEMOIRES DE PSYS**»

POUR UNE PSYCHIATRIE HUMANISTE - Un entretien avec **Léon Cassiers**

Léon Cassiers est Professeur émérite de psychiatrie à l'Université Catholique de Louvain, ancien doyen de la Faculté de médecine de l'UCL, ancien président du Comité consultatif d'éthique, co-fondateur et membre de plusieurs associations et commissions dont l'Unité 21 à l'Hôpital St Luc de Bruxelles... Lors de cet entretien avec Karin Rondia, Léon Cassiers nous livre, avec son « bon sens réaliste », l'évolution de sa pensée et de ses pratiques dans l'univers de la psychiatrie, tout au long de son parcours jalonné de multiples interrogations sur le sens de la vie et la spécificité humaine. Depuis l'étude du cortex du singe et de la neuropsychiatrie, en passant par la psychanalyse, la criminologie et la pratique des urgences, Léon Cassiers a toujours cherché à comprendre la nature de l'homme. Dans la grande tradition médico-philosophique, le Professeur Cassiers place l'homme au cœur de sa recherche, s'interroge sur la spécificité de ses pathologies et questionne la psychiatrie sur les réponses qu'elle peut y apporter.

POUR UNE PSYCHIATRIE DEMOCRATIQUE - Un entretien avec **Micheline Roelandt**

Le Dr Philippe Hennaux s'entretient avec le Dr Micheline Roelandt, figure emblématique du mouvement de réforme des institutions psychiatriques au début des années 70.

Inspirée à la fois par la notion d'« Institution totalitaire » et par l'ouverture des questions psychiatriques à l'ensemble de la société, Micheline Roelandt pointe du doigt la façon dont le fonctionnement institutionnel surdétermine le statut de malade.

Lors de cet entretien, Micheline Roelandt retrace son parcours de chef de clinique à l'hôpital Brugmann à Bruxelles et évoque cette période « révolutionnaire » durant laquelle elle a littéralement bousculé les structures hiérarchiques de l'hôpital.

En complément de cet entretien, le Dr Micheline Roelandt nous donne son point de vue sur la toxicomanie et retrace son engagement dans la Ligue Anti-prohibitionniste.

CHERCHER POUR COMPRENDRE - Un entretien avec **Emile Meurice**

Karin Rondia s'entretient avec le Dr Emile Meurice, directeur honoraire de l'Hôpital Psychiatrique Provincial de Liège, lequel retrace son parcours de psychiatre dans la région de Liège, brochant au passage un portrait de l'évolution des pratiques depuis les années 50.

« Ce que disent les insensés n'a-t-il pas de sens ? » C'est au départ de cette question que, cherchant à comprendre ce qui « dysfonctionne » dans le cerveau humain, Emile Meurice a passé de nombreuses années à chercher des outils d'analyse de la psychose et à s'interroger sur le sens du délire.

Fondateur du GIERP et de Psycholien, il publie aujourd'hui des monographies de personnalités atteintes de ce qu'il appelle « un excès d'implication ».

Production : Psymages (www.psymages.be), Centre National Audiovisuel en Santé Mentale - CNASM - Lorquin (www.cnasm.prd.fr), Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale - LBFMSM (www.lbfsm.be), Institut Wallon pour la Santé Mentale - IWSM (www.iwsm.be)

Diffusion : IWSM, in-folio : 081/23.50.12 et chez les coproducteurs - PAF : 15 €

Dépendances

Appréhender la question des assuétudes, c'est avant tout plonger dans une confusion fondamentale (dés)organisatrice d'un ensemble constitué de « niveaux logiques » différents. Jugement moral, fantasmes, nosologies, étiologies, comportements et symptômes se confondent souvent dans les représentations collectives. Pour beaucoup, être dépendant reste avant tout une erreur morale et être « toxicomane » revient à s'être volontairement déshumanisé dans le seul but de satisfaire sa propre jouissance. C'est ainsi que « tox » et « alcoolos » appartiennent à une caste « d'intouchables » dont se détournent la plupart des gens, professionnels compris !

Se questionner sur les dépendances, c'est donc interroger ces images. Qu'en est-il de notre propre représentation de la dépendance et de nos propres dépendances ? Qu'en est-il des représentations socialement dominantes ? Comment ces représentations contribuent-elles à rajouter un surplus de souffrance ou d'humanité ? En quoi ces représentations génèrent-elles des problèmes ou des solutions ?

Si la confusion règne sur les représentations, elle existe forcément dans les réponses aux problèmes d'assuétudes : pénales d'un côté, préventives et curatives de l'autre. Il s'agit là d'une cohabitation avec des moyens et des objectifs parfois antinomiques, qui amène souvent les intervenants à faire le grand écart.

Au niveau du soin, l'offre est variée en Région wallonne : hôpitaux, communautés thérapeutiques, services ambulatoires spécialisés ou généralistes, omnipraticiens, etc. , avec des seuils d'exigence différents et des objectifs qui se déclinent de la RDR (Réduction Des Risques) minimaliste à l'abstinence au long cours, en passant ou non par un traitement de substitution. Cette pluralité d'approches est surtout une richesse et ce serait une erreur fondamentale de croire qu'un dispositif est meilleur qu'un autre. Pour peu que le travail d'orientation se fasse correctement, la diversité permet à chacun de trouver sa « solution », là où il en est, à un moment donné de sa vie.

Enfin, au départ et à l'arrivée, nous ne pouvons faire l'économie d'un indispensable questionnement, transversal à l'ensemble du secteur de la santé mentale. Ne sommes-nous pas tous plongés dans des injonctions paradoxales concernant la consommation et la dépendance ? Abondamment nourris du discours « moderne » (publicitaire) qui fait la promotion d'une jouissance immédiate et consumériste et nous fait miroiter l'illusion de notre « toute-puissance », nous pouvons presque oublier que nous ne sommes rien sans les autres, intrinsèquement dépendants. Mais la dépendance se rappelle à nous par le truchement des symptômes... Elle n'est plus dépendance assumée de l'homme à ses pairs, mais une façon parmi d'autres d'être absent à soi-même (c'est-à-dire narcissiquement défaillant). Derrière tout ça, il est question de lien social, d'identité, de narcissisme, d'angoisses et d'abandon, toutes réalités qui sont aujourd'hui au cœur du quotidien des travailleurs en santé mentale.

Autant de questions, abordées dans ce dossier, qui nous renvoient à notre propre condition humaine et à nos nécessaires limites. Une réflexion à poursuivre, sans modération !

Pascal Minotte

IWSM





Derrière un concept...

Quel est le lien ou, plutôt, quels sont les liens entre *usage de drogues, dépendance et santé mentale* ?

Que l'on pense aux patients souffrant de dépendance dont les pathologies psychiatriques sont parfois extrêmement marquées¹. Que l'on pense à la souffrance, physique, psychique ou même sociale, qui mobilise la personne dans une démarche de demande d'aide. Que l'on pense au questionnement perpétuel sur la relation : relation patient-soignant, relation au produit/au traitement, relation aux proches, ... Toutes questions, qui peuvent trouver des pistes de réponses par le biais médical ou dans le tissu social. Toutes questions qui renvoient, in fine, à une dimension humaine, personnelle, intime.

Ceci nous rappelle que, quelle que soit la réponse apportée aux besoins identifiés, aux demandes formulées par les patients, la question de la dépendance est bien une question de santé mentale, de façon intrinsèque.

Eléonore de Villers

Coordinatrice de l'asbl *Citadelle*
Réseau d'aide en toxicomanie à Tournai

La question du vocabulaire, du choix des concepts que nous allons évoquer pour servir d'argument à notre réflexion se pose d'emblée.

Assuétude(s)?

Si la porte d'entrée est la notion « d'assuétudes », il peut être bon de se rappeler que les usages de drogues et leurs effets peuvent varier selon les personnes, le moment, l'environnement. Sans être encore de l'ordre de la dépendance, un usage peut être extrêmement problématique alors que, parfois, certaines dépendances ne sont pas ou pas encore un problème.

Le rapport au produit peut donc différer sensiblement selon les raisons pour lesquelles la personne décide de consommer, selon le produit lui-même et ses effets intrinsèques ou selon le contexte dans lequel cette consommation se passe.

De la même façon, le rapport au traitement se construira en fonction du patient lui-même, du

niveau de la consommation, du médicament prescrit ; en fonction du professionnel qui reçoit le patient, de la relation avec le pharmacien, de la consultation chez le psychologue, de l'aide sociale, etc.

Et la réussite du traitement dépendra en grande partie de la rencontre entre les attentes de chacun et les mythologies (comment chacun perçoit la « guérison »), tant du côté des professionnels que des patients.

Mais voilà que nous parlons de « drogue », de traitement, de médicament.

Drogue, alcool et autres dépendances

Nous avons amorcé la réflexion à partir de « la drogue » dans son appellation la plus courante, à savoir : *une substance psycho-active* (qui a un effet sur le cerveau, qui modifie l'état de conscience, les perceptions) *pouvant potentiellement* (sans que cela ne soit automatique)

amener à une tolérance (le corps s'habitue et pour avoir un même effet, il faut augmenter le dosage de la prise), *voire à une dépendance* ; certaines drogues étant plus addictogènes que d'autres.

A ce titre, l'alcool est reconnu aujourd'hui par le monde médical, comme « la drogue la plus dure », la plus problématique (l'alcool-dépendant, dans le sens médical du terme, s'expose à de graves dangers physiologiques s'il arrête sa consommation brutalement sans aide médicale). Le langage courant restreint pourtant le terme « drogue » aux seules substances illicites, aux seuls stupéfiants, et cela nous oblige à réfléchir à de nouveaux types de formulation afin d'englober toutes les substances, alcool y compris.

Cette définition qui limite la drogue à une substance pose un autre problème. En effet, comment alors intégrer les comportements, les actes, les consommations de certains biens qui peuvent se révéler extrêmement problématiques, compulsifs, destructeurs et entraîner l'usager dans une spirale d'assuétudes ? Pensons aux jeux d'argent, au virtuel, aux achats compulsifs, dont on se dit parfois qu'il s'agit de vraies « drogues » dans la mesure où l'on ne sait plus s'arrêter, qu'il y a un aspect non maîtrisable dans le rapport à l'objet. Ainsi, ici, à contrario de ce qui fut dit pour l'alcool, le langage populaire devrait pouvoir nous aider à intégrer dans le terme « drogue » des comportements dont on reconnaît des effets psychologiques, neurologiques (excitation, jouissance dans le lien à l'objet) et un risque potentiel (sans que cela ne soit automatique) de développement d'une tolérance, voire d'une dépendance plus ou moins problématique.

Usage(s) de drogue

Si l'on se met d'accord pour intégrer dans le terme « drogue », à la fois les substances illicites telles

le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne, et l'alcool, et les comportements potentiellement addictogènes, nous pouvons réfléchir à l'usage qui peut en être fait, à la gradation dans les effets, aux prises de risques, à la dépendance...

Simple usage :

- ▶ Tel le jeune qui essaye de tirer sur le joint que son copain lui passe, expérience banale pour un ado contemporain mais qui ne signifie pas, à ce moment-là qu'il est directement en danger d'escalade.
- ▶ Tel l'usage de l'alcool, culturellement admis, alcool qui est largement consommé dans les familles, cérémonies, ... et qui, pour le commun des mortels, ne représente pas directement un risque d'addiction.

Usage problématique :

- ▶ Tel le jeune qui fume du cannabis seul, à des dosages plus élevés et de façon plus fréquente, pour affronter le quotidien, la vie en famille, une difficulté passagère ou une souffrance plus profonde et qui, par cette consommation, change dans ses rapports aux autres (s'isole, devient agressif...).
- ▶ Tel l'étudiant qui boit jusqu'au coma éthylique lors d'un concours de « binge drinking » usage qui, par effet de mode, pousse les jeunes à surconsommer de l'alcool dans un temps record pour atteindre une ivresse rapide (binge signifie « faire la noce »).

Dépendance, dans le sens d'habitude :

- ▶ Tels les parents qui s'offrent traditionnellement un petit digestif le soir.
- ▶ Tel le passionné de foot qui ne manque pas un match à la télé.

Ici la dépendance n'est pas nécessairement problématique si cela n'a pas de conséquence physique ou mentale, si l'entourage et la personne elle-même le vivent bien, ...

Dépendance problématique :

- ▶ Tel l'alcolo-dépendant qui boit massivement et qui, malgré le fait qu'il perçoit les dommages que cela engendre sur son corps, dans les relations, au travail... ne parvient pas à s'arrêter.
- ▶ Tel le consommateur d'héroïne qui, lorsqu'il arrête, ressent les symptômes de sevrage (sueurs, crampes, ...)
- ▶ Tel le joueur qui continue à miser pour récupérer les mises perdues, s'endette, persuadé que la chance va tourner, ...
- ▶ Tel l'internaute qui reste accroché tout un week-end à une partie de jeu en ligne et en temps réel, poussé qu'il est par la crainte de perdre les acquis, pris de vertige par l'étendue des pouvoirs de ses personnages créés virtuellement et qui rompt avec la réalité, avec ses amis, ne s'alimentant plus adéquatement, ...
- ▶ Tel le fumeur de cigarettes à qui le médecin a formellement imposé d'arrêter étant donné les problèmes graves au niveau des voies respiratoires mais qui ne parvient pas à passer le cap; ce qui accroît encore son désarroi.

Ici, la *dépendance*, dans un sens d'assuétudes ou d'addiction, prend une coloration particulièrement complexe, pénible, source de souffrance pour la personne qui y est enfermée. L'usage est massif, de plus en plus rapproché sans que la personne ne retrouve les effets du début. L'usage est reproduit de façon compulsive, immaîtrisable. Il se poursuit *malgré le fait que la personne ait pleine conscience* du cercle vicieux dans lequel elle est et des dommages pour elle, pour son entourage, pour le travail, ... La recherche du produit ou de l'objet mobilise toute la personne, au détriment de la vie affective, familiale, sociale, ...

Demande d'aide

C'est alors généralement le fait d'avoir « touché le fond² » ou d'avoir eu « la trouille », qui encourage la personne à demander de l'aide, à prendre contact par téléphone puis à se rendre, qui chez

un médecin, qui chez un psychiatre, qui chez un psy, qui au service social... chacun tentant, par des portes d'entrée diverses et parfois indirectes, de *redonner du sens à son existence*.

Si la personne franchit le pas, c'est qu'elle commence à pouvoir accepter de renoncer à quelque chose (renoncer à la toute puissance recherchée dans le défi de la prise de risque, renoncer au gain que l'on ne fera pas au poker, ...). Mais elle est aussi en recherche d'apaisement, apaisement des souffrances physiques et mentales liées au délabrement de sa situation, souffrances antérieures restées enfouies, dissimulées par la consommation, ...

Elle fait alors la démarche de demander un soutien aux professionnels en fonction de ce qu'elle identifie comme nécessaire pour elle à ce moment-là.

Etant donné la complexité de la problématique, les acteurs sollicités en premières lignes peuvent donc être de professions, de formations, d'« écoles » diverses. Afin d'assurer une assise la plus large possible au traitement, à l'aide mise en place, les professionnels ont tout intérêt à travailler de façon pluridisciplinaire.

C'est dans l'interaction de ces interventions à la fois médicales, psychologiques, sociales et psychiatriques, que l'on pourra travailler à des niveaux divers : redonner du sens à l'existence, retrouver des compétences, récupérer un nouvel équilibre biologique, recréer des relations sociales, etc. ●

¹ Ce que l'on appelle co-morbidité.

² Ce qui est très variable pour chacun.



Un « patchwork » nommé « assuétudes »

Décrire le paysage institutionnel des assuétudes et de ses implications au niveau du terrain ? L'auteur nous prévient d'emblée... : d'aucuns verront dans cet article un certain désordre. C'est donc que le texte reflète bien le paysage en question.

Jacques Van Russelt

Coordinateur du Centre ALFA à Liège
Président de la FÉDITO wallonne

Le paradigme des « assuétudes » interpelle chaque société, chaque culture, chaque individu. Nul n'y échappe. Nous sommes tous peu ou prou dépendants d'une chose, d'un être, d'un comportement. D'où la complexité de cette matière et ses multiples facettes.

Un premier niveau de complexité, très pragmatique, tient aux caractéristiques institutionnelles du pays où les matières et compétences politiques se partagent âprement le terrain. Chaque niveau de pouvoir est impliqué dans la gestion des questions d'assuétudes.

Le Fédéral

Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales gère et régleme les *hôpitaux généraux et psychiatriques* dont certains disposent de services spécifiques pour personnes dépendantes.

Il en va de même pour les « *Communautés thérapeutiques* », structures d'hébergement bénéficiant de conventions de réadaptation fonctionnelle.

Les Plates-formes de Concertation en Santé Mentale, basées sur un découpage provincial, développent des missions de coordination de soins en assuétudes depuis fin 2002 – dont un des objectifs est de favoriser la concertation ou le développement de projets pilotes dans une optique de « circuits de soins » : Projets « Alcool », « Toxicomanies », « Doubles diagnostics », « Accueil de crise »,...

En 2005, ont été mis en place le « *Fonds de lutte*

contre le tabagisme » et le « *Fonds de lutte contre les assuétudes* » avec, pour objectif, de soutenir des projets spécifiques novateurs. Les Fédérations (FEDITOs et VAD¹) sont particulièrement impliquées dans le second Fonds, au niveau du Comité d'Accompagnement.

Le Ministère de l'Intérieur via le Secrétariat Permanent à la Politique de prévention gère les « Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention » au niveau des Communes. Mais leur orientation vise essentiellement la prévention des nuisances publiques liées aux usages de drogues plutôt que la prévention des toxicomanies, à moins de se placer dans une optique prohibitionniste considérant la répression et la sanction comme préventive de l'usage donc des toxicomanies. L'intervention de la police dans les écoles au nom de la prévention des toxicomanies relève de ce point de vue.

La Communauté française

En matière d'Assuétudes, elle gère le domaine de la prévention. La prévention des Assuétudes entre dans le cadre du « *Décret de Promotion de la Santé* » de 1997. Celui-ci recouvre principalement des programmes d'information, de sensibilisation et de formation de professionnels ou d'intervenants confrontés à la question d'usages de drogues, en ce compris l'alcool et le tabac.

Elle reconnaît et organise des « *Centres locaux de Promotion de la Santé* » qui ont principalement des missions de coordinations locales, des « *Points d'appuis* » chargés également de liaison et de coordination à l'intention des établissements scolaires. Enfin, elle finance certains programmes de prévention développés par des associations spécialisées.

Notons qu'elle ne reconnaît pas, pour ces associations, le statut de « *services* » ce qui pose selon la FÉDITO wallonne un problème majeur en matière de stabilité et de sécurité des travailleurs et des associations.

Notons également que la « *réduction des risques* » fait partie des missions de Promotion de la Santé mais qu'elle entre également dans celles des Régions.

Les Régions

Le Ministère de l'Action sociale et de la Santé de la Région wallonne² organise et subventionne l'accueil et la prise en charge ambulatoire en matière d'assuétudes.

Il octroie « *des subventions facultatives* » à un certain nombre de services ou d'équipes.

Ce système insécurisant et aléatoire est amené à être remplacé par le « *Décret organisant l'agrément et le subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes* » du 27 novembre 2003. Il devrait permettre l'agrément quinquennal et le subventionnement récurrent de « *centres spécialisés* ». Ce décret est rempli d'imprécisions et d'incohérences, ce qui explique les difficultés à le mettre en place. Il est loin de correspondre aux attentes du secteur, notamment en matière de sécurisation des équipes et des travailleurs, donc des services aux usagers. Les difficultés que ce décret génère ont amené les trois Ministres successifs à envisager sa réforme. La FÉDITO, très critique dès son élaboration, appelle de ses vœux cette révision. Ce décret définit les missions suivantes : identifier les besoins, organiser la concertation (idem pour les Plates-formes en Santé Mentale), assurer les fonctions d'accueil et d'information, l'accompagnement, les soins, les interventions cliniques et la réduction des risques.

Enfin, depuis 1996, six équipes spécifiques en Assuétudes sont subventionnées dans le cadre du « *Décret de Santé Mentale* ». Il s'agit là du modèle de subventionnement et d'organisation préconisé par la FÉDITO wallonne pour les Centres spécialisés.

La mise en place de « *Relais Sociaux* » à Liège, Charleroi et bientôt à Namur, La Louvière et Mons permet également de développer des actions

sociales et de santé auprès d'usagers fortement marginalisés, notamment le « public de la rue » et ainsi d'assurer le lien entre les services de 1^{ère} ligne et de 2^{ème} ligne.

Le Ministère des Affaires intérieures soutient de nombreux projets en assuétudes à travers les « *Plans de Prévention et de Proximité* » gérés au niveau des Villes et Communes : soutien à des A.M.O, équipes d'éducateurs de rue, à certains centres spécialisés, ...

Les Provinces

Elles développent ou soutiennent également de nombreuses actions tant préventives que curatives en matière d'assuétudes.

Quelle - nécessaire - coordination entre instances ?

Cette complexité institutionnelle, cette multiplicité de politiques et de projets pose la question de la coordination.

Au niveau du fédéral et des entités fédérées, cette coordination est prévue et partiellement mise en œuvre. La « *Note de politique générale drogues* » de 2001 prévoit une « *Cellule de politique générale drogues* » où l'ensemble des ministres concernés tant fédéraux que régionaux et communautaires se concerteraient. Cet organe n'a pas encore vu le jour. Seule la « *Cellule Politique de Santé Drogues* » fonctionne. Nous devons bien reconnaître que son action n'a guère de visibilité aux yeux des acteurs de terrain. Le jeu de la répartition des montants et des équilibres ne permet d'ailleurs pas aux fédérations d'y être représentées. Sa réelle efficacité peut d'ailleurs être mise en question quand on sait que le récent « Fonds Fédéral de lutte contre les assuétudes » a été créé à l'initiative du Ministre de la Santé, sans concertation préalable avec cette « Cellule ».

Enfin, la « *Conférence Interministérielle de la Santé* » réunit les Ministres de la Santé des différents niveaux (fédéral, entités fédérées) en vue de définir des politiques de santé coordonnées. Les récents plans de « cancer » et « alcool » en sont des exemples.

Le problème des coordinations se pose **à tous**

les niveaux abordés précédemment : entre Plateformes de Concertation en Santé Mentale et Réseaux, entre Communauté française et Régions. A ce niveau, le rapport du Collège d'experts de juin 2005 pour une politique commune Communauté française, Région wallonne et Cocof, est resté lettre morte ou quasi.

Quelle - nécessaire - concertation politique ?

A cette grille de lecture institutionnelle viennent s'en ajouter d'autres qui se superposent en tout ou partie.

Le découpage du concept d'assuétudes en terme de **préventions primaire, secondaire et tertiaire** en est une. Certaines logiques institutionnelles s'en inspirent. La Communauté française, par exemple, se déclare compétente en matière de prévention des assuétudes. Toute démarche ou projet intégrant des aspects d'accompagnement se voit mis en question et renvoyé vers les Régions. On se trouve là confronté à un découpage de compétences selon une logique politique, de type linéaire, aux antipodes d'une approche globale et systémique des assuétudes généralement développée par les associations de terrain.

Une autre manière de considérer les choses consiste à se positionner en termes de **logiques « d'abstinence » ou de « réduction des risques »**. Certains craignant peut-être quelque schizophrénie (nous sommes décidément bien dans le domaine de la santé mentale) se posent clairement en partisans de l'une ou de l'autre. Les « réducteurs de risques » tendront à considérer les « abstentionnistes » comme hygiénistes de droite, complices d'une politique de prohibition voire de répression des usagers, contraire aux Droits de l'Homme. A l'inverse, les « abstentionnistes » verront les autres comme partisans d'un laxisme sociétal incitant la population à s'adonner dès le plus jeune âge aux plaisirs de l'escalade. Le débat entre « Justice » et « Santé » est tout autant imprégné de cette dialectique.

Dans le même ordre d'idées, la « réduction des risques » reste à l'heure actuelle très peu ou mal considérée auprès de certaines instances. On dis-

tingue d'ailleurs **un clivage de type communautaire** : certains milieux politiques ou associations francophones se montrant beaucoup plus proactifs en ce domaine (comptoir d'échange de seringues, projet liégeois de délivrance contrôlée d'héroïne, projets de testing en milieu festif, projet de plate-forme de réduction des risques ...).

D'autres découpages du champ des assuétudes existent. Par exemple, celui qui consiste à distinguer les drogues licites et illicites ou à définir des catégories par produits et d'en faire la base même des interventions préventives et curatives, les « fonds de lutte contre le tabac », celui de « lutte contre les assuétudes » les « Points cannabis » en Province de Liège. Peut-être faudrait-il des « Points champignons » où des myco-dépendants hallucinés pourraient être soignés au sein de projets pilotes et novateurs ?

Un vrai patchwork !

Nous sommes au sein d'une sorte de « patchwork » institutionnel et conceptuel qui comporte bien des inconvénients : temps important d'investissement en divers lieux de concertation ou de coordination, complexité croissante de gestion des associations face aux nombreux pouvoirs subsidiaires et aux réglementations qui en découlent, difficulté de défendre la légitimité d'approches de terrain pragmatiques face à des logiques institutionnelles qui ne le sont guère.

Ce paysage paraît bien chaotique.

On peut se perdre dans un chaos mais aussi y survivre à force de créativité et d'ingéniosité.

C'est le lot de bon nombre d'intervenants et d'associations qui parviennent à y construire de très beaux bricolages et parfois même des œuvres de génie.

Nous sommes donc bien au pays du surréalisme. ●

FÉDITO wallonne – Fédération wallonne des Institutions pour Toxicomanes
Place Xavier Neujean, 40 à 4000 Liège
☎ / 📠 04/222.26.52
feditowallonne@skynet.be
www.feditowallonne.be

¹Fédération Flamande (Vereniging voor Alcohol- and andere Drugeproblemen).

²A Bruxelles, un décret de la COCOF, Commission Communautaire Francophone, du 27.04.95 organise et subventionne le secteur.

³Futurs « Plans de cohésion sociale » (2008).



Paroles d'usagers

Qui, mieux que l'usager, peut témoigner des souffrances liées au produit et à ce qu'il provoque en lui et chez les autres ? Qui peut mieux évoquer les questions soulevées dans le parcours d'aide et de soins, les appuis qu'il espère trouver et les obstacles rencontrés ? Merci à Marie et à Pascal de nous proposer un éclairage à partir de leur propre histoire¹.

Iron man, c'est mon surnom, l'homme de fer. Rien ne peut l'arrêter, il réussit là où les autres s'arrêtent. Pourtant, l'homme de fer un jour est tombé, dans l'alcool, les drogues et l'excès de médicaments. Une chute lente, sur 20 ans, avec au bout, l'impossibilité de se relever seul... à l'agonie, en souffrance et en silence.

Mon parcours est un « classique ».

Fumeur de joints à 19 ans, une bonne « descente » dans les guindailles d'étudiants, puis une forte dépression à 22-23 ans et je m'enfonçais un peu plus, dans l'alcool en commençant des drogues plus dures : speed, coke, speed bol, héro, xtc, champignons,...

A 30 ans, je décrochais, seul et porté par l'amour pour ma femme, avec l'envie de construire quelque chose et non plus détruire tout. ...

A 36 ans, elle me quittait, ce fut un tremblement de terre, et je rechutais dans l'alcool, à dose très excessive.

A 39 ans, j'étais une épave, en attente de la mort, sans plus aucun désir, j'avais bien essayé de m'en sortir, passant de médecins à psychologues, ... en vain. Il me restait juste un seul rêve : vivre sans alcool et sans drogue, être enfin libre.

Par hasard, à 39 ans, je passais la porte de l'asbl, où je rencontrais 2 assistantes sociales qui me parlaient sans me juger, sans me condamner, et qui comprenaient ma détresse. Ce jour-là, j'ai repris espoir, et j'ai continué à me faire aider et soigner au Centre. J'y rencontrais des valeurs, un soutien, et je compris très vite que je pourrais m'en sortir grâce à eux. Enfin, ... je n'étais plus seul.

J'ai ensuite fait une cure de désintoxication, suite à leurs conseils très pertinents : 6 semaines à l'hôpital. Les premiers jours furent l'enfer, la souffrance, la douleur, ... j'y ai sorti mes tripes, gerbé mes souffrances, en silence mais accompagné.

J'ai ensuite réintégré l'asbl en étant pour la première fois depuis 20 ans, hors consommation. Aujourd'hui, cela fait 2 mois que je vis sans consommation. J'ai retrouvé l'envie, l'espoir et l'amour ; j'ai des ambitions professionnelles ; j'ai rencontré une dame que j'aime énormément, et nous passons ensemble des moments magiques et fantastiques.

Si j'ai su arriver à ce stade, c'est grâce au soutien que l'asbl et l'hôpital m'ont accordé. Bien sûr il faut de la volonté et du caractère, mais cela n'était pas suffisant. Je ne peux que leur dire merci, de même qu'à ma famille, d'avoir pu atteindre mon rêve, de pouvoir vivre aujourd'hui indépendant et de baigner dans l'amour que j'ai retrouvé. ●

Pascal

Durant mon parcours, j'ai rencontré beaucoup de difficultés. Ma consommation quotidienne était l'héroïne. Avec ce produit, j'avais une sensation de « bien-être ». Je ne ressentais plus de joie, de tristesse, de colère, ni de peur. Je fuyais la réalité, je me mentais à moi-même ainsi qu'à mon entourage, je volais... Je me refermais beaucoup et la solitude était fort présente.

Jusqu'au jour où j'ai vraiment touché le fond, j'avais vraiment besoin d'aide. C'est alors que j'ai passé la porte d'un centre de jour pour usagers de drogues. J'y reçois de l'aide, de l'écoute, du soutien, un accompagnement, un suivi psychologique, des réponses à mes questions, et je participe à des groupes thérapeutiques.

On m'apprend à me réinsérer dans la société, et à vivre sans drogues. A ce jour, des centres comme celui-ci sont mis à notre disposition. Admettre que l'on a une dépendance face à un produit est difficile. Passer la porte d'un centre pour toxicomanes aussi. Mais il faut surmonter ces difficultés et admettre que l'on a besoin d'aide. Pour celui qui veut s'en sortir, vivre mieux, se procurer un bien-être, vivre purement ses émotions, rétablir un contact sain avec soi-même et ses proches, ne pas rejeter l'aide mise à sa disposition !

A ce jour, je peux dire que jamais je n'aurais remonté la pente seule. Bien sûr, se remettre dans le « droit chemin » prend du temps. Mais qui penserait que c'est une perte de temps d'apprendre à mieux vivre et sereinement ??? Que ce soit une dépendance à l'alcool, à la cocaïne, à la marijuana, aux jeux, ou encore à la nourriture, ... une dépendance reste une dépendance. Il faut prendre ce que l'on nous donne comme aide et surtout il faut y croire. ... parce que, oui, on mérite d'être heureux, oui, on va faire un travail énorme, oui, on va s'en sortir. ... Il faut rester optimiste et y croire. Personne n'a dit que c'était facile, mais il faut se battre, parce que OUI la vie est belle !!! ●

Marie

¹Témoignages recueillis au sein de l'asbl Phénix, avec l'aimable collaboration de Laurence Vanvrékom, psychologue.

Asbl «Phénix» : Avenue Jean Materne, 165 à 5100 JAMBES

☎ 081/22.56.91 7 📠 081/22.47.68 - info@asblphenix.be - www.asblphenix.be



Rétrospectives

sur l'évolution des usages du secteur toxicomanie

« Être un toxicomane, un drogué, un camé », ... autant de titres qui tiennent lieu d'identité et derrière lesquels s'établissent un scénario, un destin, une histoire qui défient la cité et lui imposent des réponses cohérentes, courageuses, complexes, forcément complexes.

Au cours de ces 40 dernières années, la « drogue » a structuré un secteur spécialisé dédié à la prévention, à l'accueil, aux soins et, finalement, à la réduction des risques à l'adresse de celles et ceux qui consomment ou sont susceptibles de consommer des drogues.

Conjugaison en quatre temps..., du passé au présent vers le futur.

Serge Zombek

Psychiatre à Bruxelles
Président de la FÉDITO bruxelloise
Interstices CHU Saint-Pierre et Mass

La drogue touche à tous les aspects de la vie des humains, et, peut-être bien, cette ubiquité constitue-t-elle le moteur des inquiétudes, ces étranges inquiétudes mêlées d'intérêts en sens multiples : le plaisir et la douleur, l'interdit et la transgression, l'excès et la conscience, la dépendance et l'autonomie, le poison et le remède, Autant de couples qui retrouvent leur double, contrasté jusqu'à la caricature, dans les dispositifs qui se sont longtemps structurés autour de cette thématique : répression et soins, substitution et/ou psychothérapie, normalisation et réinsertion, etc. ...

Le secteur de l'aide aux personnes (potentiellement) usagères de drogues, qui s'est organisé ces 40 dernières années, jouxte immanquablement d'autres secteurs : police, justice, douane, commerce, sociologie, criminologie, politique, environnement, enseignement, etc. ...

Ce secteur n'est donc pas indifférent aux débats qui traversent plus largement la cité, notamment dans sa volonté unanime de témoigner d'un point de vue « subjectivant », c'est-à-dire qui rend compte de l'humanité du sujet qui se situe à la marge des us et des normes comportementales ; un respect qui signe le continuum et la proximité, au contraire du rejet qui combat en l'autre la part obscure de soi-même.

Mais alors que de grands pas ont été franchis au cours de ces dernières années, issues provisoires de ces débats et combats d'idées, il subsiste, semble-t-il pour longtemps encore, que l'usage de *drogue* demeure hors-la-loi (même si la lettre de cette loi ne l'a jamais admise), hors la *norme*. Figure emblématique de l'étranger, en son monde, ou hors le nôtre, le toxicomane est celui qui passe les bornes, celui qui est ailleurs ou d'ailleurs, bien que parmi nous, celui qui semble obéir à d'autres règles, celles du produit qui le contraint, le dévie du « droit » chemin.

Cette identité est un piège solitaire et reste un défi collectif traversé, au fil du temps, par différentes tendances et évolutions.

Les années 80 :

Prévention primaire et Abstinence

En ces temps-là, au début des années 80, il était une fois... des toxicomanes qui étaient encore priés de se désintoxiquer ou de se déclarer « disposés à » pour pouvoir bénéficier de soins, pour la plupart résidentiels. Telle est alors la voie royale, la voie officielle, la voie autorisée.

C'est aussi le temps :

- ▶ de la demande d'asile hospitalier (qui atteint des sommets en France où le toxico peut échapper à l'autorité judiciaire en se réfugiant sous X dans les salles de psychiatrie qui ac-

cueillent ces fugitifs avec une certaine compassion) ;

- ▶ de la mise en vogue des contrats thérapeutiques (« *Tu signes là, au bas de ce parchemin, et si tu faillis, hors de l'unité, aussitôt, tu jaillis* ») ;
- ▶ de l'abstinence comme épreuve de réalité et son miroir, la rechute, qu'on attend, inéluctable, pour montrer les sens uniques de la drogue au tournant de laquelle se déploie le pouvoir d'interpréter.

La rechute. On a longtemps tenu ce passage pour un passage à l'acte et une transgression au marché conclu, comme si la consommation n'était pas au contraire du côté du respect docile des lois neuro-chimiques ou de l'économie intra-psychique ou systémique.

Après la *désintoxe*, alors, seulement, bien méritée, la communauté thérapeutique ouvre ses bras à ceux qui veulent poursuivre le chemin de l'abstinence. C'est aussi le beau temps des sectes qui viennent jusqu'à récupérer leur transfuge lorsqu'il vient à l'hosto se désintoxiquer autant du produit transitionnel que de la Communauté *Patriarcale*.

En ces temps-là règne en maître l'idéal du bon toxico en repentance, modèle presque absolu, et donc le rejet de l'usager de drogues en « phase active », et ce par la majorité des cliniciens, et de la santé, et de la santé mentale. L'exception est incarnée par quelques généralistes et psychiatres qui oseront déjà, en franc-tireur, la substitution des opiacés et seront pour quelques longues années, sous la haute surveillance ordinale et par elle régulièrement inquiétés¹. Ainsi, le clivage entre les mauvais toxicos toujours à côté et les bons qui tombent pile dans l'offre sera reproduit dans le champ thérapeutique, entre le bon traitement visant la désintoxication et le *deal* en blouse blanche.

La surveillance ordinale sera doublée (alliance de



fait ou stratégique ?) par la critique du « tout au psy » qui voit en la substitution un anesthésique de la salutaire tension de vie (psychique) presque aussi puissant que la drogue « sauvage ».

Les communautés thérapeutiques seront alors les seuls refuges, les seuls asiles, les seules parenthèses. La demande d'aide, de soins, en sera pour longtemps sur-déterminée du côté de la sur-adaptation et du double-lien croisé : « Dis-nous ton symptôme pour être accueilli mais abandonne-le dès l'entrée sinon tu seras exclu ».

A l'approche des 90 :

Méthadone médicale, curative, palliative et Réduction des risques (RDR) limitée

Ce sera donc du côté du neurone que s'opérera la rencontre entre l'usager d'héroïne (c'est la part de l'épidémie qui sera, dans les années 80, la plus visible) et le docteur du cerveau (et de l'âme, de surcroît). A l'expertise du toxico qui revendique sa connaissance du produit (connaissance au sens biblique du terme : « J'ai connu l'héroïne et ne peut depuis m'arrêter de la connaître »), le docteur feint d'opposer son expertise de l'intime cérébral. Encore qu'il s'agira d'une minorité de médicaux et paramédicaux qui feront le choix de rencontrer l'héroïnomanie sur son terrain ; les autres décréteront qu'ils n'y entendent rien, histoire de justifier leur surdité aux demandes de traitements de ces pseudo-(im)patients.

La substitution médicale insistera sur la concomitance psychosociale obligatoire et la dégressive lente en vue d'une abstinence, au bout du tunnel de la substitution. La maintenance est et restera longtemps encore suspecte de complaisance.

Et c'est alors que survient la grande peste, Sida sera son nom, qui se répand par le monde via des « groupes » vulnérables et vecteurs malgré eux, épidémie qui vient doubler dans le champ infectieux celle qui semble enfler dans celui du social. La clinique des extrêmes va s'en payer une autre, de limite, celle d'un corps qui peut mourir autrement que par une overdose ou autre excès,

un corps qui rejoint ceux, tous ceux (les Haïtiens, les Hémophiles et les Homosexuels) que l'échange des humeurs peut à présent condamner. Soigner le vrai patient sidéen passe désormais par le traitement de l'usage de drogue ; améliorer la *compliance* aux traitements somatiques passe désormais par une substitution palliative.

Et puis, ça ne se dit pas tout haut mais se pense aisément, la substitution sert à soigner le vecteur potentiel et/ou le réservoir de cette maladie mortelle et cela justifie aujourd'hui les moyens qu'hier les seules 'santé mentale' et 'qualité de vie' ne suffisaient pas à faire admettre comme bonne pratique.

C'est à partir de cette reconnaissance de ce que le drogué a un corps, une dimension sociale, une santé mentale, un droit à mourir et donc aussi à vivre dans la dignité que se répand progressivement l'idée selon laquelle, comme énoncé par le Ministre de la Santé du Royaume-Uni au début de l'épidémie, « *le Sida est plus dangereux que la Drogue* ». Dès lors, les traitements des drogués seront promotionnés en ce qu'ils favorisent le soin et le soin de soi ; ils seront revendiqués comme condition à la survie en temps de guerre au Sida. L'ennemi commun semble alors réhabiliter la personne du toxicomane réintégré dans le monde des humains par le biais d'une compassion généralisée. Mais il est impossible alors de ne pas songer qu'il y va également de la sécurité sanitaire du monde occidental qui se joue là dans cette « subite » réhabilitation.

Enfin les traitements des toxicomanes semblent s'intéresser à tous les axes du DSM et en particulier aux axes III (troubles physiques) et IV (problèmes sociaux et environnementaux). Et de curatifs (visant sinon l'abstinence, l'arrêt de la prise des drogues sauvages), ils deviennent palliatifs.

Et plus, en parallèle à ce qui se développe du côté de la prévention du Sida, la prévention des usages problématiques des drogues se voit déclinée sous une forme nouvelle que, partout en Occident, l'on appellera désormais la Réduction des Risques et qui consiste à promouvoir toute modalité de

limiter les dommages liés à la consommation de drogue. Seront particulièrement visés, l'usage par voie intraveineuse et la transmission par voie sexuelle en lien ou non avec la prostitution.

C'est également dans ce contexte que la nécessité d'entrer en contact avec les usagers de drogues les moins demandeurs de soins se développe, contact visant à fournir des messages de promotion à la santé découplés de toute motivation à un traitement curatif de la toxicomanie. A ce stade, ce contact s'établit par le biais d'opérations dites « boule de neige » visant à utiliser les usagers de drogues pour entrer en contact avec leurs pairs.

Mais deux tendances n'ont pas fini de s'affronter qui tiennent le rapport répression/traitement de manières radicalement différentes.

Au cœur des 90 :

Anti-prohibition et Sécuritaire

Tous les cliniciens qui s'intéressent « vraiment » à ce que vivent leurs patients ont pu constater à quel point le régime de prohibition de certaines drogues, était très directement en cause non seulement dans la maximalisation des risques liés à son usage mais encore, parfois, en bouleversant par une incarcération intempestive, un itinéraire thérapeutique toujours précaire.

En régime de prohibition, consommer une drogue illicite, a fortiori quand l'usage est problématique (abus et/ou dépendance), c'est exposer sa santé et sa sécurité à de multiples risques (qualité des produits, contagion d'un produit par un autre, consommation clandestine). A quoi s'ajoute inévitablement le risque de la répression elle-même qui, forcément, n'a pas en ses objectifs, la promotion de la santé (mentale) et de l'insertion sociale.

C'est ainsi qu'une des fonctions des traitements de substitution réside *également* dans l'accès « légal » à certaines drogues et constitue, pour partie, une alternative à leur prohibition. Sous une forme strictement médicalisée, la drogue

légale dispense l'usager du très considérable investissement en temps et en argent pour la recherche quasi permanente du produit illicite et le protège, à défaut de la dépendance ou de l'abus, du risque d'un produit frelaté.

Il n'est guère étonnant dès lors, qu'au beau milieu des années 90, lorsque les cités se sont trouvées confrontées avec les « nouvelles » délinquances et que les équations les plus simples ont été une fois de plus convoquées (délinquance = drogues), le traitement des toxicomanes ait été tenu pour un moyen « élégant » de pacifier la cité et de réduire les risques « délinquants » de l'usage de drogues. Les contrats de sécurité que les villes passent dès lors avec le Ministère de l'Intérieur comprendront un volet « drogues » qui justifiera la mise en place de nouveaux dispositifs socio-sanitaires ou le renforcement de ceux qui existent déjà.

Les programmes méthadone bas seuil, déjà envisagés pour l'entrée en contact avec les usagers les moins demandeurs de soins, que les institutions « traditionnelles » ne « captent pas », seront encouragés par les contrats de sécurité selon l'équation très hasardeuse qu'un drogué traité serait moins dangereux pour la société (la méthadone comme agent de la Défense sociale).

De nombreux débats, aussi passionnés que passionnants, ont opposé, ceux qui tiennent la prohibition des drogues et la répression pour iniques et productrices de risques sanitaires, et ceux qui pensent que le traitement médical permet d'apaiser la cité en détournant des drogués des circuits délinquants et criminels. Mais à l'ombre de ces passions, sur le terrain, se sont progressivement déployées, entre les deux piliers sanitaires et sécuritaires, des dispositifs qui s'adressent aux usagers de drogues là où ils se trouvent, dans les marges de la cité et bien souvent dans une phase de leur vie où l'arrêt de la consommation est bien éloigné de l'ordre du jour.

C'est ce « compromis » idéologique qui a permis l'éclosion des maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), ces maisons de tolérance maximale (à

l'opposé de la tolérance zéro) qui promeuvent la « contacto-thérapie », puisque dès les années Sida, il aurait été « établi » que les usagers de drogues *problématiques* (les *usages*, pas les drogues) qui maintiennent un contact même ténu, même irrégulier, se portent mieux en santé, en l'attente (potentialité) d'un choix décisif de rompre avec « l'extrême drogue ».

L'INAMI qui a pour mission d'assurer que la *maladie* ne rime pas trop avec l'*invalidité* a compris, en choisissant de financer les MASS pour la part la plus importante de leurs activités, que même à la marge de la cité, il convenait de *tendre* la substitution à ceux qui semblent ne plus croire qu'en les produits afin qu'ils troquent un peu de leur expérience de la rue, de la galère, du maquis, contre quelques temps d'*une proximité avec le soignant*. Pour ce faire, le grand Institut a même convenu d'assouplir les modalités de financement par la mise en place d'un forfait hebdomadaire qui autorise de larges plages décalées vers la soirée sur lesquelles les bénéficiaires peuvent se laisser échouer au gré des orages qu'ils traversent. Ainsi, très officiellement, la Santé Publique aura choisi de surfer sur la vague sécuritaire pour indiquer que ces naufragés du système de la Sécurité Sociale sont encore « *cives grates* » (citoyens bienvenus, puisqu'on est bien disposé à leur consacrer quelques deniers publics).

2000 : les années techno

Nouvelles drogues, nouveaux usages, nouveaux traitements, nouvelles préventions

Au tournant de l'an 2000 jusqu'à ces jours-ci, nous assistons comme à un emballement : les rythmes s'accélèrent et les volumes s'intensifient en ce qui concerne les usages en même temps que des avancées sont déclarées dans le domaine des techno-sciences.

Dans le champ des usages, les vieilles drogues connaissent une seconde « jeunesse » par leur démocratisation (la cocaïne par le crack et les opiacés, entre autre par les produits pharmaceutiques disponibles en rue) et l'intensification des

pratiques (précocité croissante des premières consommations, teneur élevée des principes actifs du cannabis, consommations extrêmes comme le « binge drinking² », etc...). Et puis continuent à se répandre les nombreux usages des nouvelles drogues développées comme caricature d'un monde dérégulé par la performance et les « *consommations* ». Le loisir étant devenu une part non négligeable de la marchandisation des comportements sociaux, la fête ne se conçoit plus sans son assistance psychotrope. Rien de neuf, diront certains, sinon cet emballement qui masque et embrouille de plus en plus les sens et les valeurs des « conduites » humaines.

A quoi répondent, du banc des *professionnels de la santé* en général et des secteurs des assuétudes en particulier, des développements en trois grandes directions :

- ▶ les nouveaux traitements
- ▶ les nouvelles préventions
- ▶ les nouvelles réductions des risques.

Les techno sciences tentent bien de suivre ce rythme effréné en développant concepts et expérimentations qui promettent de nouvelles approches autant qu'elles déçoivent, forcément, et heureusement, comme les drogues déçoivent ceux qui leur vouent une passion exclusive. Les modèles aujourd'hui éclairant les mécanismes en jeu dans la dépendance aux psychostimulants nous apportent de nouvelles drogues médicales³ qui commencent à montrer une certaine efficacité... à *médier* une relation thérapeutique jusqu'ici improbable avec les « *speedy users*⁴ ». Au chapitre des opiacés, la désintoxication ultrarapide⁵ ou l'agoniste bridé⁶ sont deux preuves de cette *performance* recherchée dans tous les domaines en ce qu'elle tente de réaliser, respectivement et très partiellement bien entendu, l'inaccessible rêve de la vitesse, d'une part, et de parfaite sélectivité (une drogue sans risque de dépendance), d'autre part. Ces représentations à usage promotionnel n'enlevant rien à l'intérêt de ces traitements bien compris pour ce qu'ils sont réellement.

En ce qui concerne le cadre législatif qui structure, et les usages et les traitements, cet emballement n'a pas manqué de brouiller encore quel-



ques pistes ; un arrêté royal réglementant les traitements de substitution voit le jour en mars 2004 qui, d'une main, signe la reconnaissance claire et indiscutable de cette approche des toxicomanies, en même temps que de l'autre, impose une affiliation des médecins isolés aux centres spécialisés et un enregistrement des traitements auprès d'un organisme centralisateur. Ce dernier, à ce jour, ne s'est guère manifesté que par des interpellations peu pertinentes à propos d'une nouvelle espèce de patients, les très rares patients-papillons, qui butinent leur double ou triple prescription auprès de plusieurs cliniciens. Entre contrôle, ou plutôt illusion de contrôle, et licence, le traitement des toxicomanes reste supposé suspect ! La circulaire PLP41 survient en juillet 2006 dans le secteur de l'enseignement. Elle autorise des pratiques que les experts en éducation, éducation à la santé et prévention ne pourront accepter, à savoir l'immixtion des forces de l'ordre dans le champ scolaire par la mise en place de « points contacts police - école » alors même que la formation des enseignants est mise à mal par une nouvelle réglementation limitant leur participation à des modules mis au point durant ces dernières décennies.

Un autre très intéressant mouvement de tergiversation législative s'est poursuivi autour de la tolérance légale à la consommation de cannabis. Entre responsabilisation et médicalisation, le « *droit de la drogue* » poursuit sa valse hésitation, que l'instabilité politique du pays accompagne de sa ritournelle *populiste*.

Mais pour beaucoup plus d'usagers dits récréatifs, ces débats d'experts et leurs avatars législatifs ou médico-psychologiques restent bien en dehors de leur préoccupation de faire la fête dans les interstices d'une existence dopée, laquelle est contrainte de s'organiser en conformité ou en opposition avec un monde hyperactif dominé par les valeurs de combat individuel, de performance et de mérite solitaire ou nucléaire.

Ici et demain:

De la promotion de la santé au thérapeutique
La RDR à tous les étages

C'est dans ce contexte que le secteur spécialisé a fondé comme une conviction que le sujet « consommant » (ou potentiellement usager d'une drogue)

pouvait être rencontré au travers du paradigme de la réduction des risques (RDR), étendu à tout consommateur, avéré ou potentiel, en traitement ou non. Avec pour objectif primordial de préserver sa santé psychique et physique de même que son « insertion » sociale plutôt que « ne pas consommer et/ou arrêter de consommer », ce que l'on peut traduire par « prévention de l'usage problématique de drogue », la Réduction des Risques peut désormais s'appliquer de nombreuses manières aux champs de la prévention et des traitements.

Dans le champ des traitements, cette large application de la RDR permet de décaler les pratiques du curatif comme *solution finale* au palliatif de tous les possibles. Tout se passe comme si après avoir toujours dû déclarer au thérapeute « Je veux arrêter la drogue », l'usager était autorisé aujourd'hui de soupirer « Je voudrais bien arrêter la galère ». Pour ce faire, le secteur a réussi, tout au long de ces dix dernières années, à propos des traitements de substitution, à accepter de renoncer :

- ▶ à son obsession de la fin de traitement (ou de la motivation à arrêter) ;
- ▶ à son obsession des faibles dosages de méthadone ;
- ▶ à son obsession du contrôle de la stricte observance ;

et à promouvoir la « contacto-thérapie », le travail à la rue (aller à la rencontre du besoin et de la demande) et pour certains, la pourvoyance médicale des opiacés comme la délivrance contrôlée d'héroïne.

Et en ce qui concerne la prévention à l'adresse du non usager, les professionnels sérieux, c'est à dire qui prennent les citoyens usagers potentiels au sérieux, persistent à considérer qu'il n'existe de prévention primaire en toxicomanie que par le biais de la promotion à la santé. La prévention *secondaire* quant à elle devrait trouver une expression synonyme via la « *promotion du bon usage* » (prévention de l'usage à risque) alors qu'en ultime position, la prévention tertiaire (diminution des incapacités chroniques et fonctionnelles) pourrait être « renommée » *promotion de l'usage sécurisé* (à réserver exclusivement à ceux qui sont adeptes de l'extrême drogue).

En conclusion

Que sont nos secteurs devenus, depuis tout ce temps mouvant, face aux défis d'un monde polyvalent, entre militance citoyenne (ou libérale) et dévalorisation (pertes de valeur) ?

Poser la question de la drogue sans l'a priori d'un idéal quant à la norme sanitaire, c'est proposer que chaque rencontre clinique débouche sur une écoute ouverte à l'histoire du sujet. C'est aussi mettre à disposition de tous, tout message de limitation des méfaits des mésusages des drogues et toute offre qui augmente, même de quelques degrés, la liberté d'assumer la drogue avec ou sans produit et à moindre souffrance.

Peut-être bien la réduction des risques aura-t-elle ainsi permis, au-delà de ses objectifs spécifiques qui sont loin d'être atteints en Belgique, de faire que se côtoient, s'épaulent, se complètent, des postures professionnelles et politiques qui semblaient hier s'opposer :

- ▶ la promotion de la santé et ses développements quant aux déterminants sociaux de la santé ;
- ▶ les préventions (d'une détection précoce qui se décline dans le sens d'un souci responsable aux soins palliatifs de problèmes chroniques) ;
- ▶ les traitements (des seuils à la carte jusqu'aux modules spécifiques) ;
- ▶ les hypothèses de pourvoyance réglementée ;

Peut-être bien les secteurs spécialisés sont-ils aujourd'hui parvenus à se déployer autour d'un paradigme qui n'aliène pas la question des drogues à quelque dogme scientifique, politique ou moral, mais qui respecte l'individu sans brader la solidarité et réaffirme sa responsabilité sans l'y abandonner. ●

¹ Par exemple par les condamnations de certains des leurs, comme le fameux confrère Jacques Baudour, embastillé au prétexte d'une clinique de substitution, peut-être audacieuse, certes généreuse, surtout romantique, assurément militante.

² Voir définition p.13.

³ Baclofène, modafinil et topimarine en ce qui concerne la cocaïne.

⁴ Cette expression évoque les utilisateurs de drogues psychostimulantes en général (la cocaïne en particulier).

⁵ Ultra Rapid Opiates Detox (UROD).

⁶ Suboxone = Buprénorphine + Naloxone.



Approche spécifique pour problème spécifique ?

Pour répondre aux demandes d'aide relatives aux problématiques d'usage de drogue, se pose inévitablement la question des pratiques généralistes. On peut avoir le sentiment qu'il y a, d'une part, un secteur de la santé mentale qui ne serait pas censé s'occuper des usagers de drogues et, d'autre part, un secteur de l'aide aux « toxicomanes » hyper-spécialisé, sans passerelles ni chevauchement entre ces deux secteurs. Ce qui, bien sûr - et vous le verrez à la lecture des différents témoignages proposés dans ce dossier -, ne correspond pas à la réalité de terrain.

Paul Jacques

Psychologue, Psychothérapeute
Clinique de l'exil à Namur

Selon mon expérience¹, des demandes d'aide pour usage de drogue (alcool, cannabis, drogues dures) arrivent au Service de Santé mentale (SSM), mais ces demandes sont traitées de la même manière que toute autre demande, et non selon une méthode spécifique. Honnêtement, il faut reconnaître qu'en SSM, les demandes pour usage problématique de drogue, selon la définition qu'en donne Eléonore de Villers² dans le présent dossier, ne sont pas très fréquentes, et que les succès thérapeutiques ne sont pas nombreux non plus. La question se pose alors de savoir si en tant qu'équipe généraliste, on se sent compétent pour traiter le problème et aussi celle de savoir à partir de quand référer vers une équipe spécialisée. Il serait, à cet égard, intéressant de réaliser une étude dans l'ensemble des SSM en Région wallonne qui décrirait combien de demandes pour usage de drogue sont faites en SSM, par qui, pour quels problèmes particuliers et comment ces demandes

sont traitées. Une telle étude permettrait d'observer si les échecs thérapeutiques dans les cas d'usage problématique de drogue sont dus à l'absence ou non d'approche thérapeutique spécifique. En tout cas, chaque équipe devrait, pour ces cas comme pour d'autres questions cliniques spécifiques d'ailleurs, mener une réflexion interne sur la manière particulière de traiter un problème particulier. Certaines équipes l'ont fait, et c'est ainsi que des équipes spécialisées ont vu le jour, avec les subventions qui vont de paire. Le risque apparaît alors, afin de justifier des subventions, de ne mettre en avant au sein d'une problématique complexe, qu'une seule des différentes dimensions de cette complexité et d'en arriver à ne traiter que le symptôme le plus manifeste, sans re-contextualiser le problème, qui est, en clinique, toujours multidimensionnel.

Au sein de notre équipe spécifique³ « Clinique de l'Exil », nous avons récemment été confronté à cette question, au sujet d'une demande de prise en charge faite par la « Maison de Justice » de Namur. Il s'agit d'une personne d'origine Congolaise, qui s'exprime bien en français et réside légalement en Belgique depuis 10 ans. Marcel, appelons le ainsi, a commis différents délits pour lesquels il a été condamné : violence, rébellion, vols divers en lien avec sa toxicomanie, violence conjugale, ... L'assistante sociale de la Maison de Justice s'adresse à notre équipe, pensant qu'il faut prendre en compte la dimension culturelle du problème de cet homme. Pourquoi privilégier la dimension culturelle d'un problème de criminalité ? Comme s'il n'y avait pas de délinquants en RDC ! D'autant qu'en même temps, lorsque nous la rencontrons une première fois avec Marcel afin d'établir un cadre clair de prise en charge contrainte, il apparaît que la demande de la Justice est d'aider Marcel, à la fois pour

son problème de violence et, à la fois pour celui d'abus de substances (alcool, héroïne). Quelle lecture, quelle écoute et donc quelle action thérapeutique privilégier dans une situation judiciaire, sociale, familiale, psychologique, culturelle complexe ? Où, dès lors, orienter cet homme ? Vers une structure d'aide pour toxicomanes, vers une équipe de psychiatrie transculturelle, vers une équipe spécialisée dans l'aide aux justiciables ou vers un service d'aide en groupe pour hommes ayant un problème de violence ? Ou bien cet homme doit-il se faire aider par les quatre services spécialisés et passer de l'un à l'autre ?

Une prise en charge ne doit pas se faire en fonction du seul critère de subvention pour lequel un service consulté est agréé. Si on s'en tient aux strictes missions pour lesquelles on est payé, on en arrive à un morcellement et un cloisonnement, absurdes du point de vue de la personne. Dans la rencontre, c'est d'abord la qualité humaine qui prime, ensuite, c'est la mise en place d'un réel travail pluridisciplinaire où les différentes dimensions du problème sont prises en compte, dans le respect de la personne. ●

Clinique de l'Exil

IPOG, Province de Namur

Rue Dr Haibe, 4 à 5002 St Servais

☎ 081/73.67.22

clinique.exil@province.namur.be

¹ Le propos se réfère à la fois à une pratique de plus de 20 ans dans un SSM généraliste et à une pratique de 7 ans dans un projet spécifique d'aide aux réfugiés et demandeurs d'asile.

² Voir article pp.12&13.

³ Pour rappel, notre équipe, en même temps que celles de « Tabane » (ex Racines Aériennes) à Liège et « Santé en Exil » à Charleroi, a un agrément de la RW depuis 2002 en tant que projet spécifique pour migrants, réfugiés, demandeurs d'asile ou victimes de violence organisée.



Apport des usagers de drogues aux Médecins Généralistes¹

Beaucoup de choses ont été écrites sur les modalités de prise en charge des usagers de drogues en médecine générale. Peu de choses, par contre, ont été dites sur l'apport spécifique de ces patients pour la pratique de médecin de famille. La relation thérapeutique pourtant est à double sens et cet article esquisse ici un juste retour des choses. Rédigé fin des années nonante, il n'a rien perdu de sa pertinence.

**Baudouin Denis, Axel Hoffman,
Christian Jacques,
Jean-Baptiste Lafontaine
et Jean-Georges Romain (†)**
Médecins de famille, Réseau ALTO²

1. Les « jeunes chroniques »

Les toxicomanes ont considérablement rajeuni la population de nos salles d'attente. En médecine générale, la notion de patients chroniques recouvre la plupart du temps des personnes âgées, avec lesquelles nous entretenons généralement une relation nous semblant peu impliquante sur le plan existentiel. (...). L'irruption de jeunes dépendants dans nos consultations vient fortement perturber cette sérénité. Dans le cadre des traitements substitutifs, nous les voyons tous les dix ou quinze jours pendant des mois ou des années. L'apprentissage de la relation particulière avec ces jeunes chroniques est une nouveauté pour nous. Et ce grand courant d'air frais dans nos cabinets n'est pas sans nous décoiffer. Plus question ici de propos banaux, nous sommes constamment mis sur la sellette : il est question, en vrac, de mal de vivre, de la mort parfois côtoyée au quasi-quotidien, de souffrance existentielle, de révolte ou de fuite vis-à-vis d'une société sans avenir pour eux, de difficulté douloureuse à communiquer, de l'absence de repères familiaux et sociaux, d'exclusion et de

violence. Et quand le questionnement est occulté (« *Je viens pour de la métha, je suis tombé dans l'héro depuis deux ans* »), nous savons que le chemin sera probablement encore plus long à réinstaller une parole chargée de sens.

A la longue, tout cela n'est pas sans nous amener à nous poser des questions sur l'utilité réelle de notre métier, sur notre fonction dans la société en tant que médecin, citoyen, parent... Par exemple, le contact avec ces patients aura un impact certain sur la façon dont nous regardons grandir nos propres enfants. Bref, il s'agit de patients constamment interpellants. A force de nous faire partager leur insoluble, ils finissent par nous faire douter de nos propres solutions. Il apparaît en effet rapidement que nos propres réponses existentielles, plus ou moins satisfaisantes pour nous-mêmes, leur sont d'une aide dérisoire. De même, notre cadre médical traditionnel qui privilégie une démarche linéaire (diagnostic, étiologie, traitement) se révèle inadéquat en la matière. Un des apports incontestables des groupes d'intervision est de permettre de gérer ce questionnement de façon à ce qu'il nous apporte une valeur ajoutée dans nos rapports avec nos jeunes patients en général, et ne nous déstabilise pas outre mesure : ces groupes sont aussi thérapeutiques de notre éventuelle décompensation professionnelle, de notre « burn-out ».

2. Mise en tension des limites de la médecine

Les progrès de la médecine posent autant de questions nouvelles qu'ils n'apportent de réponses à d'anciennes interrogations. Des manipulations génétiques sur l'embryon à la prolongation de la vie dans des conditions très différentes d'une vie « normale », la dimension éthique prend une place croissante dans l'intervention médicale au début ou à la fin de la vie. Les usagers de drogues

ouvrent un troisième front dans cette problématique, un front au cœur même de la vie, en nous interrogeant sur nos pratiques. Avec eux, sommes-nous dans le normal ou dans le pathologique ? La majorité de ces jeunes adultes sont exempts de toute pathologie organique, du moins au début de leur toxicomanie. Et la plupart de ceux qui sont suivis en médecine générale ne relèvent pas d'une affection psychiatrique à proprement parler. Dans quelle galère nous embarquons-nous, dès lors ?

Avec eux, sommes-nous dans le médical, le judiciaire, le social, le psychologique ? Les limites de notre rôle se mettent à trembler. Quel sens a vraiment notre travail d'accompagnement et de « lutte » contre la drogue quand persistent les blessures existentielles auxquelles cette drogue apporte un soin palliatif ? Faut-il décréter que, quand elle se cherche une réponse dans la chimie illégale, toute souffrance psychologique devient maladie mentale à médicaliser ou que toute forme d'auto-exclusion ou d'incongruence sociale devient sociopathie à criminaliser ? Ou encore que, la frontière entre ces maux étant ténue et poreuse, l'usager de drogues sera perpétuellement écartelé entre la blouse blanche et la robe noire ? Ces questions que nous feignons de nous poser à nous-mêmes, ce sont eux qui nous les posent très concrètement. De mille manières : demande de documents « pour la probation », jeux de pouvoir où ils demeurent plus que tout autre patient maîtres du proposé thérapeutique, mise en ballottage de nos schémas d'intervention par la diversité de leurs vécus et de leur devenir.

Loin d'être théorique, ce questionnement qu'ils nous imposent éclabousse notre approche des autres patients : il situe clairement l'intervenant polyvalent qu'est le médecin généraliste à l'intersection de domaines artificiellement cloisonnés, l'amenant à se redéfinir sans cesse. Deux exemples parmi tant d'autres. La prescription de mé-

dicaments antidépresseurs et tranquillisants est en progression permanente : est-ce un bienfait de la recherche pharmacologique, un effet pervers du marketing pharmaceutique, le signe d'un malaise soulagé par la médecine ou une manière d'évacuer des tensions que la société redoute d'affronter ? La demande de « certification » médicale est exponentielle, comme un besoin d'assurance « scientifique » sur la vie. Prescription, certification : ces gestes si naturellement « médicaux » retrouvent dans l'accompagnement de l'usager de drogues tout leur poids d'interrogation. Assumer en tant qu'intervenant non spécialisé la prise en charge de ces usagers, c'est s'exposer à se faire interpellé par l'ensemble du corps social, mais c'est aussi se confronter à la nécessité de lui renvoyer les questions dont il veut se débarrasser.

3. La gestion du transfert

Transfert et contre-transfert interviennent de façon plus ou moins évidente dans la plupart de nos relations avec les patients. Mais quand il s'agit de patients toxicomanes, cela se passe toujours, très vite, très fort et sur un mode assez stéréotypé. La toxicomanie masque l'échec de la construction d'une identité « suffisamment » satisfaisante. La relation peut alors se résumer à une demande parfois insistante de produits et à la difficulté répétée à respecter notre cadre de travail (horaires, paiements, etc.).

Il faudra un temps parfois fort long avant que la réalité de l'ancrage relationnel ne commence à émerger. Dans les débuts de cette relation, nous serons investis, dans une alternance parfois éprouvante, des rôles de Sauveur et de Persécuteur³. Si nous n'y sommes pas préparés et fonctionnons au premier degré, nous risquons fort de tomber dans le rôle de la Victime et de mettre ainsi nous-mêmes un terme à la relation. Dans les premiers temps, nous avons tous entendu des phrases du genre : « *Vous êtes le seul qui savez m'en sortir* », ou « *Vous, au moins, vous me comprenez* ». Prenons garde à ce piédestal car le ton risque fort de changer dans les jours qui suivent : « *Je n'ai jamais vu un nul comme vous* »,

ou « *On dirait vraiment que vous voulez que je crève* ». C'est l'étape où tout est encore centré sur le produit : lui son héroïne et nous nos médicaments, même si nous n'en connaissons pas toujours autant sur la drogue qu'il n'en connaît sur notre compendium pharmaceutique ! Il est prêt à consommer nos prescriptions, nous « consommer » comme un produit. Nous avons beau frimer en parlant « shoot » et « packson », il n'est pas dupe de notre savoir livresque ou journalistique et la querelle d'experts se profile rapidement à l'horizon : voilà que le puissant médicament prescrit ne lui fera certainement rien du tout. « *Vous rigolez, on m'a déjà donné ce truc dix fois, ça ne marche pas* ». Cette petite phrase assassine de notre supposé « savoir » est souvent difficile à récupérer !

Ainsi fondée sur cette croyance dans les produits, il est impossible que la rencontre réussisse. Il est même indispensable qu'elle échoue, amenant le patient à reconsidérer son « projet de vie », aussi frustré soit-il, et nous amenant à reconsidérer notre projet thérapeutique, notre contre-transfert : pourquoi attachons-nous tant d'importance au fait que le patient soit abstinent dès le début du traitement ? Refuserions-nous nos soins à un coronarien qui continue de fumer ? Tout comme notre patient, nous apprenons à supporter l'échec et le « manque » : manque du pouvoir sur l'autre, manque de notre savoir médical.

Une fois passé ce cap houleux, nous n'arrivons pas forcément en eaux calmes ! Car nous risquons fort d'être alors investis du rôle du Père, davantage compatible avec un projet thérapeutique mais non exempt de pièges et de dérives. La déficience de la fonction paternelle et la carence des modèles identificatoires sont très souvent l'une des causes du passage du jeune en toxicomanie. Les pères décédés, perdus de vue ou inconsistants sont d'une sur-fréquence frappante chez ces patients, avec l'image en miroir d'une mère couveuse, surprotectrice et fonctionnant sur un mode parfois encore fusionnel avec son grand enfant. Ce n'est donc pas par hasard que le thérapeute, s'il réussit à établir une relation de confiance

au-delà des négociations sur les produits, se trouvera investi du rôle de « père de substitution ». Le risque est alors bien réel de sur-investir dans la relation et de décompenser en cas d'échec, de freiner la fin d'un traitement par crainte inconsciente de laisser le patient voler de ses propres ailes, de glisser vers un maternage anti-thérapeutique, d'entrer dans des conflits presque conjugaux avec la mère du patient, de se laisser aller à une certaine complicité ou à une confusion avec un rôle de « bon copain dealer ». Ici aussi, il faut souligner l'importance des groupes d'intervision dans la remise des pendules à l'heure. Riche apprentissage, qui pour beaucoup d'entre nous a été une formation accélérée et compacte à la gestion de la relation transférentielle en général.

4. Apprentissage du travail en réseau

Le médecin généraliste est traditionnellement un travailleur solitaire, voire un individualiste parfois forcené, et éprouve parfois beaucoup de mal à fonctionner sur un autre terrain que celui du colloque singulier. S'agissant d'usagers de drogues, il est confronté d'une part au fait qu'il n'est pas la seule référence du patient - ou, pire encore, qu'il n'en est parfois pas la référence principale - et d'autre part à l'évidence qu'une coordination, voire une concertation des divers intervenants conditionne le succès de la prise en charge. Si ses rapports avec l'éventuel psychiatre, gynécologue ou interniste posent peu de problèmes, il n'en va pas de même pour son articulation avec les intervenants psychosociaux.

L'apprentissage du secret professionnel partagé, même clairement délimité au champ commun d'intervention et avec l'accord du patient, ne se fait pas sans difficultés ni angoisses. Cette difficulté est encore accentuée quand tout cela se passe dans le contexte d'une politique de réduction des risques, qui exacerbe la crainte du médecin de se voir fonctionner comme agent de normalisation sociale et sanitaire et non plus comme thérapeute. Hormis le cas apparemment insoluble de la collaboration entre le médecin et



l'assistant de probation du patient, nous avons tous néanmoins expérimenté que quand elle était possible, cette concertation était particulièrement féconde. Par ailleurs, on assiste parfois aussi à la difficulté de certains généralistes à assumer plusieurs rôles successifs ou simultanés : ceux de médecin, confident, camarade, parent, aîné, éducateur, etc.

L'absence, toujours actuellement, de formation adéquate à cette pathologie dans le cursus universitaire pousse tout naturellement les généralistes confrontés à ce problème à fréquenter l'un des nombreux groupes de formation organisés par des centres spécialisés ou à l'initiative de généralistes plus particulièrement impliqués. En général, ils s'y inscrivent avec l'idée d'y acquérir en un cycle court un outil scientifique et technique, voire quelques « trucs » rapidement assimilés. Un peu comme le patient va trouver le médecin en se disant qu'il s'en sortira avec deux ou trois bouteilles de méthadone... Il est frappant de constater que la majorité d'entre eux demandent ensuite de rester en contact avec d'autres via les groupes d'intervision et que cinq ans plus tard ils estiment toujours nécessaire de partager leur expérience et leurs problèmes en se réunissant mensuellement, en dehors de toute obligation ni rémunération.

Les prises en charge d'usagers de drogues ont aussi considérablement modifié les relations entre généralistes et pharmaciens : habituellement interlocuteur purement technique et sous-traitant du médecin, le pharmacien est devenu un intervenant thérapeutique à part entière par son contact quotidien avec le patient, dépassant rapidement la simple délivrance de méthadone vers un rôle de conseiller dans les problèmes en tout genre, en matière d'éducation sanitaire ou d'éducation des enfants par exemple, au départ de simples réponses sur la composition des biberons. Le retour de son avis sur l'évolution du patient est particulièrement important pour le médecin ; de plus en plus de pharmaciens et de médecins généralistes se téléphonent ou collaborent plus étroitement.

Au total, la pratique de ces prises en charge a fortement amélioré la quantité et la qualité des contacts professionnels du médecin généraliste avec les confrères et les autres intervenants de la même région, lui donnant davantage le sentiment de se trouver, en quelque sorte, au sein d'une « communauté thérapeutique ». Cette capacité à travailler en réseau s'avère d'ailleurs un bénéfice appréciable pour de nombreux autres problèmes rencontrés dans sa pratique : maltraitance, décrochages scolaires, cas sociaux, etc.

5. Reconnaissance d'une expertise et apprentissage de la recherche en médecine générale

A la différence de nos confrères généralistes anglo-saxons, nous sommes peu enclins à faire de la recherche clinique ou épidémiologique dans le cadre de notre pratique de médecine générale. Nous sommes encore moins habitués à être considérés comme experts en quoi que ce soit par nos confrères spécialistes. Mais le champ de la recherche concernant les usagers de drogues étant quasiment vierge et inaccessible aux hospitaliers (hormis les psychiatres), les généralistes se sont trouvés placés, par la force des choses, en position privilégiée pour collecter et traiter les données sur la co-morbidité associée à la toxicomanie⁴, les caractéristiques démographiques⁵, sociales, familiales des usagers, l'évaluation des prises en charge⁶, les problèmes de parentalité liés à la toxicomanie⁷, etc. Nombreux parmi nous sont ceux qui se sont dès lors lancés dans des travaux de recherche et des publications. Ce type de démarche et les contacts qu'elle entraîne a considérablement ouvert vers l'extérieur nos cabinets étriés et changé radicalement notre propre regard sur notre pratique en général : contaminés par le virus de la recherche, certains généralistes se sont mis à travailler de la même façon pour l'évaluation de stratégies préventives en médecine générale, dans des domaines aussi divers que la vaccination anti-grippale chez les personnes âgées, la maîtrise des facteurs de risque cardio-vasculaires ou les procédures de dépistage des cancers... Globalement, il nous

semble que ces prises en charge ont grandement contribué chez les médecins généralistes à la prise de conscience de l'importance de leur fonction en matière de santé publique.

En conclusion, il nous semble clair que ces modifications positives générées par les patients toxicomanes dans nos pratiques professionnelles sont vraiment à la mesure des soucis qu'ils ne manquent par ailleurs pas de nous apporter ! D'une façon plus générale, les relations humaines difficiles sont peut-être aussi les plus enrichissantes et formatives pour les médecins généralistes. ●

ALTO - ALternative TOxicomanie

Une grosse majorité des héroïnomanes en Belgique francophone est suivie en médecine générale. Le mouvement ALTO est un réseau de médecins généralistes, travaillant en Belgique francophone, qui, au sein de leurs pratiques courantes, accompagnent des patients usagers de drogues et les membres de leur famille. Ce réseau se veut espace de rencontre et de formation où, par une réflexion critique sur les pratiques, s'élabore un modèle d'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes. Depuis 1992, Alto propose dans de nombreuses villes de Wallonie, des interventions et formations à l'accompagnement de patients avec assuétudes. Des cycles de formation dite « de base » sont également organisés. Ils développent les éléments nécessaires à l'accompagnement de patients dépendants, en cabinet de médecine générale.

► *Dr Sophie Lacroix,*
coordinatrice du Réseau ALTO
sophie.lacroix@tele2allin.be
☎ 0496/31.64.57 - www.alto.ssmg.be

¹ Ce texte est publié avec l'aimable autorisation du réseau Alto (Alternative TOxicomanie). Le texte original se trouve sur le site de la SSMG à l'adresse suivante : www.ssmg.be/new/files/IMP_Toxico_ArtPsycho.pdf.

² Une grosse majorité des héroïnomanes en Belgique francophone sont suivis en médecine générale. La plupart des médecins impliqués dans ces traitements se sont structurés en groupes d'intervision appelés groupes ALTO.

³ Voir Bibliographie p.48, réf. 24.

⁴ Voir Bibliographie p.48, réf. 9 et 18.

⁵ Voir Bibliographie p.48, réf. 34.

⁶ Voir Bibliographie p.48, réf. 22.

⁷ Voir Bibliographie p.48, réf. 15.



Prise en charge des assuétudes à l'hôpital général

Dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, le « toxicomane » n'est pas nécessairement le patient rêvé... Et pourtant, nombreux sont-ils à se présenter régulièrement au portillon ! Les accueillir dans leurs particularités et leur proposer des soins appropriés reste un défi à relever. Comment rencontrer cette pluralité de demandes tellement complexes si ce n'est en diversifiant les modalités de prises en charge et en s'appuyant sur le réseau intra et extra-muros ? Un combat à mener au quotidien, d'abord contre les préjugés et dans le respect de la singularité de chacun de ces sujets en souffrance.

Annick Appart
Psychiatre¹

D'emblée, je souhaiterais insister sur la richesse des interventions de l'hôpital général dans le champ des assuétudes et, dans le même temps, paradoxalement, souligner le manque d'outils et de moyens mis à disposition des praticiens pour soutenir la tâche ardue et complexe de faire face, là, à la demande accrue des usagers de substances.

La 1^{ère} mission du service de psychiatrie d'hôpital général est d'accueillir et de traiter les situations psychiatriques aiguës des patients de sa zone géographique, et ce, évidemment, eu égard au contexte institutionnel dans lequel il se situe avec ses prérogatives, ses priorités, ses moyens et son financement (public/privé).

La psychiatrie a toujours été un peu le parent pauvre au sein de l'hôpital général. Les patients psychiatriques sont dérangeants par essence parce que leur pathologie ne peut se résumer à un diagnostic médical avec à la clé des stratégies rationnelles d'intervention. Le patient psychiatrique rend compte de l'humain, de ce qui déborde et nous échappe.

Que dire alors concernant les patients présentant une assuétude : « *Si l'on consomme, c'est qu'on le veut bien !* ». La notion de responsabilité est transformée en notion de culpabilité. Et le problème est encore plus épineux quand on est confronté à un usager de drogues illicites auquel l'étiquette de « toxicomane » est attachée de façon indélébile dans son parcours de soins. Être usager occasionnel de cannabis, voire de cocaïne, ne représente en aucun cas être « toxicomane » au sens clinique du terme ou au regard des nomenclatures internationales. Quand il s'agit d'un consommateur de produit illicite, on assiste à un réel amalgame, à des raccourcis terribles. Le produit est diabolisé et la prise en charge du patient en est parfois bien compromise.

Produits illicites - Patients illicites Hors cadre de soins !

C'est donc le caractère illicite du produit qui crée cet amalgame fâcheux où le patient est considéré résolument comme en marge, fauteur de troubles, hors cadre. Et pourtant, certains « toxicomanes » sont adaptés socialement, et ce, parce que la dépendance peut être compensée par un produit de substitution (*Méthadone, Buprénorphine*) prescrit dans un cadre médical strict. L'intervention médicale est donc indispensable pour qu'un usager de drogue illicite sorte de la

marginalité ou n'y entre pas.

Refuser l'accès aux soins généraux et spécialisés à ces patients, c'est les condamner à l'exclusion sociale, à la maladie mentale et aux pathologies somatiques lourdes associées (hépatite, sida, autres,...) qui péjorent très gravement leur espérance de vie (que dire de leur qualité de vie !).

Usage ≠ Usage abusif ≠ Toxicomanie

De façon très stéréotypée, on peut dire qu'à chaque tranche d'âge correspond un produit susceptible de générer une assuétude chez un sujet prédisposé (par un contexte et non par une tare quelconque) :

- ▶ L'usage occasionnel de drogues illicites débute à l'adolescence.
- ▶ L'usage de cannabis est en pleine expansion dans toutes les franges de la population et commence dès la pré-adolescence (12 – 13 ans).
- ▶ Fumer un joint ne rend pas « toxicomane » à l'héroïne mais doit être éclairé par des adultes, parfois par des professionnels non jugeants et non permissifs pour éviter que l'adolescent ne se discrimine de plus en plus vers des consommations plus dures - en lieu et place de se singulariser, de s'autonomiser.
- ▶ L'usage et l'abus d'alcool se généralisent chez les adolescents ; une ébauche de proposition d'écoute et d'étayage doit aussi se faire de façon non-discriminatoire.

Usage ≠ Toxicomanie Toxicomanie ≠ Délinquance

Tel est l'adage que le professionnel de la santé devrait ne pas oublier !

L'usage peut amener à la « toxicomanie », si l'usager ne rencontre pas de repères structurants. La « toxicomanie » ne mène pas à la délinquance, si le sujet est reconnu dans son addiction, qui est à son tour



reconnue comme une souffrance singulière.

Nous sommes, aujourd'hui, face à des poly-usages de produits addictogènes. Ils s'inscrivent dans le cadre même de notre société de consommation et ne se transforment en « toxicomanie » que chez certains sujets fragilisés. Se développent ainsi des polytoxicomanies aux drogues socialement admises (licites : alcool, tabac, médicaments) ou aux produits socialement non admis (illicites : cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne, ...) ou aux deux.

Que dire en outre des « toxicomanies » sans drogue (jeux, internet, jeux vidéo, second life, sexe, troubles du comportement alimentaire, travail, ...).

L'hôpital de demain doit relever le défi en proposant des soins performants dans ce domaine des assuétudes qui échappe à la logique cartésienne et vient mettre à mal les dispositifs classiques. L'hôpital général, en particulier le service ouvert de psychiatrie, doit avant tout se soigner de ses préjugés par rapport à la question des assuétudes.

Pratiques de soins

Les pratiques de soins dans le domaine des assuétudes recouvrent, en hôpital général comme partout ailleurs, de multiples situations.

L'alcoolique y est soigné sans trop de problèmes mais de sérieux préjugés l'accompagnent et peuvent péjorer son parcours de soins. Il en va de même du patient tabagique. Dans beaucoup d'hôpitaux généraux se développent actuellement, en concertation avec les services d'hospitalisation (psychiatrie, médecine, chirurgie), des cellules pluridisciplinaires d'aide aux fumeurs. Les patients alcoolodépendants bénéficient aussi d'une prise en charge concertée entre intervenants (psychiatres, internistes, psychologues). Mais celle-ci varie d'un hôpital à l'autre, selon qu'il existe ou non une fonction de psychiatrie de liaison - plus ou moins bien intégrée - au sein de l'hôpital.

Il n'est pas rare, par contre, de voir une salle d'urgence refuser l'accès aux soins pour les patients « toxicomanes », réputés « manipulateurs », « fauteurs de troubles », alors qu'ils présentent parfois des pathologies somatiques sévères ou des décompensations psychiques tout aussi sévères. Ainsi, la prise en charge des hépatites et de l'HIV chez les « toxicomanes » se fait encore avec beaucoup d'appréhension. Et souvent, l'aspect psychiatrique de l'assuétude - occulté - n'est pas pris en charge alors que cette prise en considération est un préalable à la mise en place d'un traitement et à sa réussite ultérieure. Par exemple, les traitements de l'hépatite C par Interféron nécessitent une étroite collaboration avec le généraliste et le psychiatre (soutien psychologique, traitement de substitution). Les traitements sont lourds et présentent en eux-mêmes des risques au niveau psychiatrique pour des sujets déjà très fragilisés (syndromes dépressifs induits voire décompensation psychotique)².

Concernant les patients « toxicomanes » hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie, il arrive encore que des traitements antidouleurs leur soient dispensés avec parcimonie sous prétexte de la dépendance aux opiacés alors que dans ce cas, ils doivent être au contraire majorés ! Jusqu'il y a peu, le traitement par méthadone n'était pas reconduit d'office dans certains hôpitaux et c'était, parfois, le généraliste qui devait en assurer la poursuite en collaboration avec des pharmacies extérieures. La situation évolue,

heureusement, dans la plupart des hôpitaux. Dans certains cas, l'on devrait d'ailleurs - le temps de l'hospitalisation - initier un traitement substitutif pour certains patients plutôt que de les amener à un sevrage forcé, douloureux, déstabilisant et qui compromet la bonne conduite des soins. De toute façon, le sevrage doit être abordé dans l'intérêt du patient !

Continuons, encore et toujours, à œuvrer au sein de l'hôpital général pour une intégration de la psychiatrie. La médecine est encore trop cloisonnée. Sauf exception, on est loin de l'interdisciplinarité dans l'abord des pathologies complexes. Les patients ne sont pas suffisamment abordés dans leur globalité (psycho-somatique) et les prises en charge en pâtissent, même au sein des services de psychiatrie où les conséquences somatiques des assuétudes et le travail d'éducation à la réduction des risques ne sont pas encore suffisamment passés dans les mœurs.

Expertise ou discrimination ?

Certains hôpitaux ont développé une expertise en matière d'assuétudes, souvent au départ d'un service A d'hôpital général qui développe aussi une psychiatrie de liaison. Des traitements de sevrage y sont proposés, des hospitalisations de crise et des ajustements de traitements de substitution. La question du double diagnostic y est abordée dans toute sa complexité³.



Georges Cauchy, Centre La Pommeraiè

Mais la plupart restent frileux à l'idée d'accueillir des patients « toxicomanes » et, sous le couvert d'un langage sibyllin, certains leur ferment la porte : « *Nous ne sommes pas habilités à ...* ». Ils accueillent les « toxicomanes » 1 à 1 avec moult précautions et un degré de tolérance assez bas. Cette stratégie d'évitement devient, cependant, de plus en plus difficile à déployer quand on sait qu'environ 2/3 des patients hospitalisés présentent une problématique d'usage de produits au sens large. Les patients sont hospitalisés pour des motifs tout autres selon le clivage très théorique voire surréaliste des équipes soignantes : dépression majeure, état maniaque, troubles schizophréniformes,... en occultant la question du double diagnostic.

Faut-il alors, selon la logique invoquée, exclure ces patients car ils présentent une dépendance aux drogues illicites ou parce qu'ils n'ont pas préparé leur sevrage d'alcool en consultation ambulatoire préalable ? Faut-il leur faire signer des contrats de désintoxication ? Faut-il les adresser à des centres spécialisés ou unités spécialisées des hôpitaux psychiatriques ? Autant de questions quasi absurdes qui peuvent se poser au sein des services de psychiatrie qui se veulent efficaces, « clean » et qui peuvent eux-mêmes être soumis à des pressions internes. La question devient encore plus épineuse quand un jeune est hospitalisé pour un délire après usage prolongé de cannabis et qu'il re-consomme lors d'une promenade. « Faut-il l'exclure ? »

Le cadre thérapeutique sert souvent de prétexte inconscient pour les équipes soignantes afin d'évacuer la question des patients dérangeants, qui consomment... en évacuant le patient ! Le maître mot qui revient très souvent dans les équipes soignantes quand on aborde la question des assuétudes et surtout aux drogues illicites est le mot transgression. « *Il a consommé, il transgresse le cadre* ». La transgression continue d'évoquer la faute, la culpabilité, la honte... toutes choses qui empêchent la mise à plat de la situation. La consommation doit pourtant pouvoir être analysée avec le patient (quelle est la fonction du

produit ?), sans le culpabiliser ! Si un contrat d'hospitalisation est rompu, la relation thérapeutique si tenue soit-elle, ne peut en aucun cas être rompue.

Avec ou sans méthadone ?

Jusqu'il y a une quinzaine d'années, les traitements proposés aux « toxicomanes » étaient extrêmement restreints. Le patient était tenu de respecter un cadre rigide et quasi intenable. L'idéologie du sevrage était élevée au rang d'idéal thérapeutique avec force discours « théoriques » à l'appui. La prescription de méthadone, en cours aux USA depuis de nombreuses années, était diabolisée.

Beaucoup de « toxicomanes » se sont donc retrouvés dans des situations d'impasse avec des conséquences parfois dramatiques en termes de désocialisation ou de décès précoces liés aux conduites à risque (sida, hépatites, overdoses,...). Les patients devaient mener un parcours du combattant à la recherche d'une place dans un des rares centres existants et tenir le « discours du perroquet » préconisé pour y avoir accès (motivation, etc.).

Certains hôpitaux ont eu l'audace de se démarquer de cette idéologie en travaillant en réseau avec des centres de délivrance de méthadone, et ce, après avoir développé une expertise en la matière. C'est ainsi que la manière même d'aborder la « toxicomanie » en a été révolutionnée. Le patient sous traitement de substitution peut se faire enfin hospitaliser (mais pas partout !) pour une dépression grave, une rechute, un délire psychotique, le traitement d'une maladie somatique sans l'exigence folle de devoir se sevrer. Des femmes « toxicomanes » enceintes peuvent enfin grâce au dispositif méthadone mener leur grossesse à bien et à terme et mettre au monde un enfant sain ! La question de l'assuétude peut enfin être débattue avec le patient, resocialisé, inscrit dans une stratégie de soins (somatiques, psychiques). L'exigence du sevrage, si peu médicale et si peu éthique, est enfin mise au rancart.

Nous disposons actuellement d'un arsenal thérapeutique de substitution (*Méthadone*), d'agonistes-antagonistes partiels (*Buprénorphine*) et d'antagonistes (*Naltrexone*). Les sevrages ultra rapides d'opiacés sous anesthésie générale (UROD) se pratiquent dans certains services universitaires de façon très encadrée et concernent une population bien ciblée. Ils restent des traitements d'exception. Il s'agit d'une technique de soins qui s'inscrit dans le cadre d'un programme de soins spécifiques.

Aucun traitement n'est la panacée universelle.

La « toxicomanie » ne se résume pas à l'addiction mais concerne un sujet qui colmate son mal-être par une addiction. Le traitement est psychique, il concerne l'aspect singulier du sujet. Le traitement est aussi social, il faut amener le patient à faire face en retrouvant une inscription sociale. Et il est de longue haleine. Ce sont des maladies chroniques et complexes dont il faut traiter toutes les facettes (pluridisciplinarité). Cela sous-entend une pérennité dans l'aide apportée. Le service hospitalier de psychiatrie est un point d'ancrage où le patient peut s'arrimer, l'aide est de courte durée mais le lien thérapeutique demeure. Des outils doivent être fournis au patient pour sa sortie de l'hôpital : suivi somatique, suivi psychiatrique, suivi par un centre spécialisé, suivi auprès de son généraliste.

Travail en réseau de soins spécialisés en assuétudes⁴

L'hôpital est donc un maillon dans un réseau d'aide et de soins pour le « toxicomane ». Le réseau est constitué par les acteurs de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, services de soins à domicile, services sociaux) et de 2^{ème} ligne (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, SSM, centres spécialisés). Ce type de réseau permet aux patients d'avoir accès à une offre de soins, de bénéficier d'un accueil différencié et d'une concertation entre les intervenants. Parce qu'ils dialoguent et partagent leur expérience clinique, ceux-ci développent une expertise autour des meilleurs soins possibles à fournir aux patients.

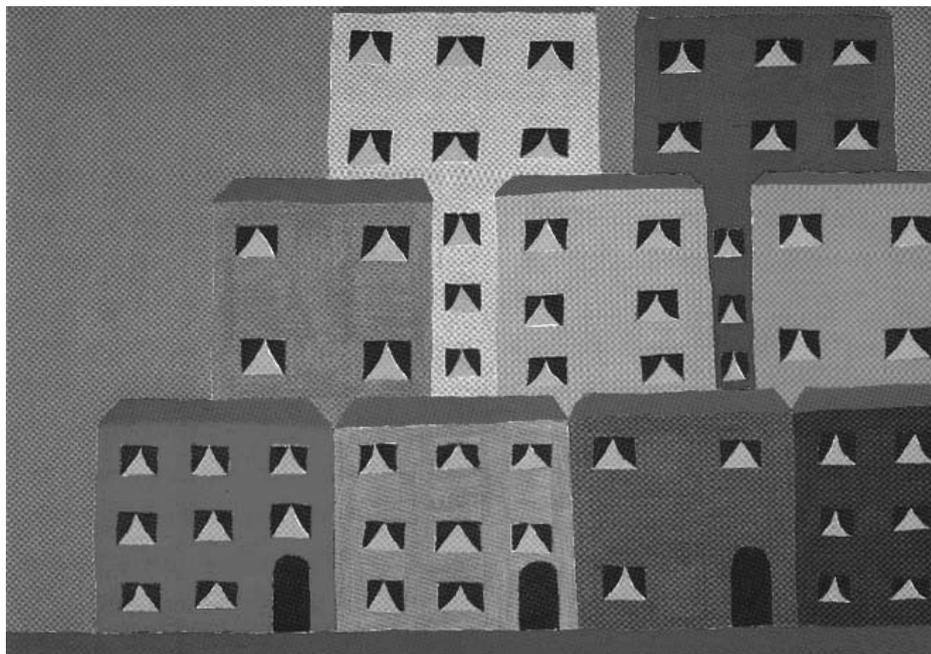


Ils ouvrent alors un véritable cadre de soins, thérapeutique et éthique, en respectant la singularité du sujet. Cette mise en réseau se fait dans le respect du secret professionnel partagé et en accord très clair avec le patient qui est libre à tout moment de quitter le projet thérapeutique sans que les soins qui lui sont dispensés ne soient pour autant interrompus ou péjorés. Tout patient, même le plus démuné, doit pouvoir bénéficier de soins de qualité concertés. Tel est le défi que nos hôpitaux ont à relever : s'inscrire dans une dynamique de réseaux de soins en concertation avec les acteurs de 1^{ère} ligne, de 2^{ème} ligne, les services spécialisés mais aussi les autres hôpitaux !

Certaines salles d'urgences bénéficient d'unités pilotes de prise en charge de crise pour les assuétudes. Le rôle de ces services se situe dans l'accueil des patients en crise, les premiers soins et l'élaboration d'un projet singularisé pour chacun. Il ne peut s'agir, en aucun cas, d'une fonction « pouibelle » pour patients jugés dérangeants. Ces unités ont d'ailleurs développé une fonction de case manager dont le rôle est d'assurer la liaison et la concertation avec les acteurs de soins et sociaux concernés, notamment les services A d'hôpitaux généraux qui doivent aussi, à leur tour, accueillir ce type de patients en 2^{ème} ligne et travailler dans un esprit de réseau.

Le rôle du service A d'hôpital général est donc complexe

1. Travailler en réseau en amont et en aval de l'hospitalisation.
2. Accueillir les situations psychiatriques décompensées de sujets présentant une assuétude (double diagnostic avec 2 pôles sur lesquels il faut agir dans la crise).
3. Préparer en ambulatoire et mettre en place des sevrages (souvent complexes : polytoxicomanie).
4. A l'occasion de l'hospitalisation, permettre une mise au point somatique, faciliter l'initiation de traitements notamment concernant les hépatites et le sida, et ce, en réseau de soins intra-hospitaliers et ensuite extrahospitaliers.



Louis Poulain, Centre La Pommeraye

5. Soutenir un travail de psychiatrie de liaison auprès des autres services hospitaliers pour dispenser une aide concertée aux patients et développer une expertise au sein de l'hôpital général.
6. Soutenir une psychiatrie d'urgence pour les problèmes d'assuétudes et de consommation abusive et permettre un meilleur accès aux soins d'urgence généraliste pour les usagers de substances en sensibilisant le personnel de ces services.

Pour ce faire, tout hôpital général devrait idéalement disposer d'une cellule de travail et de réflexion pluridisciplinaire spécialisée en assuétudes associant des médecins (psychiatres et somaticiens), des infirmiers, des travailleurs sociaux et des psychologues.

Il faut nécessairement travailler en réseau de soins - intra et extramuros - dans le cadre des problématiques chroniques et complexes que sont les assuétudes.

Le Décret de la Région wallonne du 27/11/2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes permettra une action concertée entre structures de soins et d'aide au

sens large dans chaque zone géographique définie par ce décret.

De notre côté, en tant qu'acteurs de terrain, nous avons aussi à poursuivre notre combat contre les préjugés et la discrimination inacceptable des sujets présentant une assuétude. Nous pouvons ainsi leur apporter une re-connaissance plutôt que de continuer à colmater tant bien que mal la méconnaissance dont ils sont trop souvent l'objet et dont le tribut est lourd à payer. ●

¹ L'auteur appuie son propos sur une longue expérience de travail avec des toxicomanes en hôpital général (Clinique Europe S¹ Michel à Bruxelles et Clinique S¹ Luc à Namur-Bouge) mais aussi à Enaden, à Infor-Drogues et en privé.

² A ce propos, un réseau de soins « hépatite - toxicomanie » se met progressivement en place avec des généralistes du réseau Alto (voir article précédent) et des médecins hospitaliers (internistes) conscientisés. C'est prometteur.

³ En effet, l'assuétude, et en particulier la « toxicomanie » aux drogues illicites, vient bien souvent masquer, colmater mais aussi déclencher, voire aggraver une pathologie mentale sous-jacente qu'il s'agira aussi de traiter pleinement et qui par ailleurs vient entretenir la « toxicomanie ». Voir à ce sujet les articles en pp. 42 à 45.

⁴ Ce point fait référence aux « Projets thérapeutiques pilotes INAMI - pathologies chroniques et complexes ».



A l'hôpital psychiatrique : « Alcooliques » et/ou « Toxicomanes » ?

A l'hôpital psychiatrique, nombreux sont les patients qui présentent une consommation problématique d'un produit. Personne ne va s'en étonner lorsqu'on connaît la prévalence des problèmes d'assuétudes dans la population générale¹. Comment l'hôpital psychiatrique peut-il accueillir ces situations ? Peut-il offrir les mêmes chances à chacun ?
Témoignage de l'un d'entre eux.

Thierry Lottin

Psychologue
CHS Notre Dame des Anges à Liège
Administrateur IWSM

Évoquer la dépendance à un produit en hôpital psychiatrique suppose d'emblée de distinguer les consommateurs d'alcool, étiquetés « alcooliques », de ceux que l'on appelle communément des « drogués » ou « toxicomanes ». Dans notre culture, la représentation habituelle du drogué correspond à un homme ou une femme âgé de 15 à 30 ans en train de snifer, fumer ou s'injecter une substance contribuant à sa déchéance alors que l'alcoolique est plutôt perçu comme un buveur excessif d'au moins 40 ans, ivre, accoudé au comptoir d'un café... Cette représentation caricaturale correspond aussi à une certaine réalité dans le monde hospitalier où la plupart des patients souffrant d'assuétudes sont des consommateurs d'alcool alors que les « drogués » n'y sont acceptés qu'au compte-gouttes.

Cette différenciation de sens commun se trouve notamment confirmée au niveau de l'âge de ces patients : les personnes accueillies en hôpital psychiatrique pour une consommation problématique d'alcool ont souvent plus de 40 ans quand elles arrivent une première fois. Cette différence peut notamment s'expliquer en fonction du produit consommé. L'alcool présente en effet cette parti-

cularité de n'induire des effets problématiques, insupportables pour le consommateur ou son entourage, qu'au bout d'une durée relativement longue ; à l'inverse d'autres substances dont la consommation peut engendrer des problèmes beaucoup plus rapidement, notamment en raison de leur caractère illicite ou de leur prix prohibitif.

Quel que soit le produit consommé, ce qui semble réunir ces personnes à l'hôpital psychiatrique, c'est que – par rapport à d'autres consommateurs (non problématiques) – elles utilisent une ou plusieurs de ces substances pour soulager leur souffrance et leur mal-être et éviter la confrontation à leur réalité vécue comme insoutenable. Dit autrement, en hôpital psychiatrique, le toxicomane et l'alcoolique sont généralement des patients qui présentent une importante détresse psychique et tentent de se soigner avec ces substances ayant à leurs yeux valeur de « médicament miracle ».

Au-delà de ce point commun, bien des éléments les différencient, particulièrement dans leur fonctionnement psychique. Par exemple, si dans l'une comme dans l'autre catégorie, ces patients tendent à se regrouper entre eux, cette tendance prend une coloration très différente dans chaque cas de figure. Pour les alcooliques, cette solidarité semble d'emblée constructive. En effet, les patients hospitalisés pour un problème d'alcoolisme se comportent entre eux en partageant un vécu commun et visent à s'entraider mutuellement dans le soin. C'est ainsi que s'explique sans doute, pour une part, le succès des groupements néphalistes² pour alcooliques (comme les A.A.). Les toxicomanes, par contre, semblent chercher, en se regroupant, à recréer au sein de l'hôpital un « milieu » semblable à celui qu'ils fréquentaient à l'extérieur. S'ils se repèrent aussi très vite et se recherchent, c'est avant tout pour retrouver l'ambiance et les rites liés à la consommation du produit ; ce qui débouche souvent sur

la « rechute » et sur un risque de reprise d'une consommation toxicomaniaque.

En fait, actuellement, l'hôpital psychiatrique n'a pas les moyens de faire face à ce fonctionnement propre au toxicomane. Il faut pouvoir mettre en place un dispositif de soins et un cadre de vie strict – comme par exemple dans les communautés thérapeutiques – pour tenter d'assurer une solidarité constructive avec ces patients. C'est pourquoi, la plupart des hôpitaux psychiatriques refusent d'accueillir plus d'un toxicomane à la fois dans une unité infirmière alors qu'ils y favorisent l'accès des personnes dites « alcooliques ».

La situation est toute différente en ambulatoire et dans les structures spécialisées et la perception des intervenants quant à cette différenciation y semble plus nuancée. Reste à savoir si les patients qui se présentent dans l'un ou l'autre cadre sont bien les mêmes... !

Actuellement, l'hôpital psychiatrique, sur base de ce témoignage en tout cas, semble d'abord convenir aux consommateurs d'alcool. Mais gageons que le travail en réseau de soins en santé mentale modifiera progressivement cette distribution en permettant à toute personne présentant un problème d'assuétude de tirer davantage parti de l'ensemble des ressources existantes en santé mentale. ●

C.H.S Notre Dame des Anges

rue E. Vandervelde, 61 à 4000 Liège

☎ 04/224.73.21 – www.cnda.be

¹ Une étude épidémiologique réalisée en province de Luxembourg met en effet en évidence qu'une personne sur trois reconnaît avoir eu un problème lié à l'utilisation de substances (alcool, médicaments, drogues). Voir Bibliographie p. 48, réf. 4.

² Association de personnes, généralement abstinentes, qui cherchent à aider les sujets exposés aux dangers de l'alcoolisation (groupement d'entraide).



Dans la rue

Toxicomanie, alcoolisme et autres drogues amènent souvent ceux qui en souffrent dans la rue. Pas d'emploi, perte de statut, manque d'argent, plus de logement, isolement, crise, ... et c'est la spirale infernale et le décrochage. Comment s'y prendre avec Alain, Gérard, Patricia ou Jean-Marie qui ont besoin de soins alors qu'ils sont paumés, SDF, et qu'ils ne demandent rien à personne !? Un défi quotidien pour ceux qui travaillent dans la rue et vont à leur rencontre sans attendre la demande.

Roger Collinet
Travailleur social¹,
Coordinateur adjoint du Relais social du Pays de Liège

Fin juin 2007, je reçois un appel téléphonique de Ludo, le référent de Maurice au Centre X. L'intéressé occupait un appartement sur le territoire de l'institution mais, depuis plusieurs semaines, il a disparu. Il n'a plus donné signe de vie, il a quitté son appartement et ne prend donc plus son traitement neuroleptique. Lorsqu'il est en crise, Maurice consomme beaucoup d'alcool, ce qui n'arrange rien à sa situation. Ludo s'est régulièrement rendu chez lui et dans le quartier pour tenter de le rencontrer, sans succès. Il s'adresse à moi car, en tant qu'éducateur de rue, je pourrai peut-être l'aider. Il m'apprend que la situation de Maurice s'est dégradée depuis le décès d'une de ses connaissances dans l'appartement qu'il occupait, et ce, après une « soirée arrosée ». Suite à ce décès, Maurice a été incarcéré quelques mois et inquiet pour non assistance à personne en danger. A sa sortie de prison, très perturbé, il a assez rapidement perdu le contact avec le Centre.

Lors de ce contact téléphonique, nous convenons que Ludo m'accompagnera en rue la semaine suivante, dans le cadre de sa permanence. Nous visiterons ensemble différents quartiers de la ville pour tenter de retrouver la trace de Maurice. En attendant cette « patrouille commune », je me rends dans le quartier habituellement fréquenté par Maurice. Après quelques passages

infructueux, je rencontre finalement, sur un banc public, deux de ses amis. Je me présente et j'explique aux intéressés qu'à la demande du Centre X, je suis à la recherche de Maurice. Ils le connaissent et m'expliquent : « Maurice va mal et ne veut plus y aller ». J'apprends qu'ils ont tenté, à plusieurs reprises, sans succès, de le convaincre de reprendre contact avec l'institution qu'ils connaissent bien : « Finalement, on s'est engueulé et depuis une semaine, Maurice a foutu le camp car il boit comme un trou et déconne complètement. On ne sait plus où il est mais en tout cas, on ne le voit plus dans le quartier. »

Quelques jours plus tard, je suis contacté par un Agent de Prévention et de Sécurité de la ville. Il est attaché au quartier où se trouve la piscine communale. Depuis quelques jours, il a remarqué qu'un SDF dormait la journée sous l'auvent de la piscine. Il a également été interpellé par un travailleur de la piscine à ce sujet et me propose de le contacter. Ce dernier est très en colère. Il ne comprend pas pourquoi on n'aide pas mieux celui qui est devenu rapidement son protégé : « Même un chien, on ne le laisserait pas dormir comme cela. »

Nous sommes samedi et je travaille en rue. Je propose au préposé de le rencontrer avec l'intéressé. L'entretien a lieu dans la cafétéria de la piscine où celui-ci nous offre une tasse de café.

Je comprends, à la qualité de son accueil, qu'il se préoccupe de la situation et qu'il a un très bon contact avec l'intéressé.

Lors de la discussion, je prends rapidement conscience que c'est Maurice qui est en face de moi. Même si je ne le connais pas personnellement, nous sympathisons rapidement car il s'avère que nous avons une connaissance commune qu'il apprécie énormément. Il s'agit du responsable d'un restaurant social qui, il y a quelques mois, a trouvé avec lui un appartement situé dans le quartier du Centre X et l'a mis en contact avec cette institution pour un suivi.

Devant lui et avec son accord, je prends contact avec le Centre qui tient une permanence le week-end pour donner des nouvelles. Nous convenons que dès le lundi suivant, le référent de Maurice et moi-même, nous viendrons à la piscine pour trouver une solution. Je remarque également que Maurice est assez alcoolisé.

J'explique alors en quelques mots la situation au préposé : dans l'immédiat nous ne saurons rien faire et les jours de Maurice ne semblent pas en danger mais dès lundi nous le rencontrerons pour tenter de l'hospitaliser. Rassuré, le préposé sait également qu'en cas de gros problème, il peut contacter la permanence du centre.

Le jour dit, après plus d'une heure de discussion avec Maurice qui refuse la proposition d'hospitalisation, un compromis est trouvé : nous irons ensemble à l'hôpital en urgence pour reprendre un traitement. A l'hôpital, nous sommes directement reçus par le Dr R. Il fait à Maurice une injection de neuroleptique retard. Il est convenu que celui-ci limitera sa consommation d'alcool à quelques bières et retournera régulièrement au Centre X pour rencontrer Ludo. On se donne quelques jours pour trouver une solution au problème de logement. Si la situation n'évolue pas rapidement, Maurice sera hospitalisé pour un séjour court et ce, même s'il n'est pas d'accord. Ludo embarque dans la voiture du service les

effets personnels de Maurice pour les entreposer très provisoirement au Centre, et rendez-vous est pris pour le lendemain.

La semaine suivante, je me rends à la piscine pour constater que la situation a évolué assez positivement. Même si Maurice est toujours à la rue, il se rend effectivement de nouveau au Centre.

Quelques semaines plus tard, Ludo m'apprend que Maurice loge dans une camionnette qui lui a été prêtée par un habitué d'un bistrot du coin qui est devenu son « quartier général ». En contact avec Ludo et le préposé de la piscine, le patron du bistrot accepte que Maurice fréquente son établissement mais contrôle très strictement sa consommation d'alcool : « Il peut venir regarder la télévision le soir, il m'aide à rentrer la terrasse mais pas question de lui servir des bières s'il est saoul ». Les neuroleptiques agissant, Maurice est moins agité et consomme de fait beaucoup moins d'alcool.

Début janvier, je reçois un coup de fil du préposé de la piscine : « Allo, ici c'est D., tu te souviens ? » « Euh, oui ... » « Le copain de Maurice ! » « Ah oui, tu m'appelles pour ? » « Je voulais te présenter mes vœux et te donner des nouvelles : on lui a trouvé un appartement dans le quartier, il va toujours au bistrot mais ne picole presque plus. De toute façon, en cas de problème, on contacte Ludo et ça se passe bien. » « Je voulais te remercier pour ce que tu as fait pour Maurice. »

Pour conclure, quelques réflexions et quelques questions à partir de cette situation.

À propos du travail de proximité

La prise en charge ambulatoire des personnes ayant des problèmes de santé mentale en général et des personnes dépendantes en particulier s'appuie de plus en plus fréquemment sur un travail de proximité. Il s'agit de mettre en place un accompagnement à partir du milieu de vie. La prise en charge à partir de consultations « sur rendez-vous » montre très vite ses limites et particulièrement en situation de crise. En effet, une per-

sonne en crise se trouve très vite dans une situation de décrochage. Que faire alors ? Dans le cas qui nous occupe, le fait que l'intervenant social sorte des murs n'a pas empêché la rupture du contact. Maurice avait changé de quartier, il avait disparu. Le recours à une équipe d'éducateurs de rue a permis de retrouver sa trace. La démarche était intrusive. Il ne s'agissait pas d'attendre que l'intéressé se manifeste, il fallait aller à sa recherche.

Dans le milieu de vie, tout citoyen est un intervenant potentiel. Dans la situation évoquée plus haut, le préposé de la piscine se sentait bien seul et bien impuissant. Il n'avait par ailleurs pas réellement conscience des problèmes de santé mentale de son protégé. Comme il l'a dit lui-même, il avait l'impression que les professionnels étaient « aux abonnés absents ». Avec le recul, il apparaît de plus en plus clairement que son intervention bienveillante mais en même temps très « cadrante » nous a grandement facilité la tâche. Contrairement à nous, il voyait Maurice tous les jours et si celui-ci a accepté sans trop de difficultés de nous accompagner à l'hôpital, c'est en partie grâce à son insistance.

De la même façon, l'attitude de quelques personnes du quartier, entre autres du patron du bistrot, a été capitale dans le « rétablissement » de Maurice. Dans un travail de proximité, comment entrer en contact avec les acteurs importants du milieu de vie ? Comment éviter qu'ils ne s'épuisent dans le soutien aux personnes en difficulté ? Comment les associer à la prise en charge ?

A propos du travail en réseau

Une catégorie de « nouveaux intervenants » de rue est apparue ces dernières années. Il s'agit des Agents de Prévention et de Sécurité, engagés essentiellement dans une optique sécuritaire - par les pouvoirs locaux (c'est l'agent de prévention qui nous a mis sur la piste de Maurice). Ils sont souvent les premiers en contact avec les personnes en « perdition ». Comment collaborer avec eux en respectant la déontologie du travail social ? Où

s'arrête leur intervention ? Où commence celle du travailleur social ? Quel lien entre les deux ?

Par ailleurs, en ce qui concerne les intervenants sociaux, il est très fréquent qu'ils soient plusieurs, impliqués à des degrés divers dans certaines situations, et ce sans toujours bien savoir qui intervient et qui fait quoi. Pour une prise en charge efficace, intégrer le travail en réseau dans la méthodologie du travail social est primordial.

La question centrale reste néanmoins la question de la place de l'usager en tant qu'acteur de sa propre vie. Il ne doit en effet pas faire les frais de ce travail en réseau qui pourrait, si l'on n'y prend garde, se transformer en une forme de contrôle social visant à débarrasser la ville de tous ces exclus qui dérangent.

Dans cette situation, Maurice va mieux parce qu'il boit moins et prend ses médicaments. Mais, il va également certainement mieux parce qu'il est intégré dans son nouveau quartier. L'intervention des travailleurs sociaux a soutenu l'activation de solidarités naturelles. Même s'il est peut-être illusoire de croire que Maurice est définitivement tiré d'affaire, on peut espérer que, s'il traverse une nouvelle crise, le réseau naturel pourra très rapidement le soutenir efficacement en faisant appel aux travailleurs sociaux de proximité. En attendant, Maurice se rend et se sent utile, il rentre tous les soirs la terrasse du bistrot du quartier... ●

¹ Le propos de l'auteur se réfère à une expérience de travail longue de 20 années au Centre Alfa à Liège et de 7 années au Relais social du Pays de Liège, où il a notamment été responsable de l'équipe des éducateurs de rue. Pour en savoir plus sur le travail de rue : voir la contribution de l'auteur dans l'ouvrage collectif (repris en réf. 17, Bibliographie p. 48), chap. IX « Les disciplines professionnelles et leurs attributions », 1^{er} point « Le travail de rue et d'accompagnement », pp. 213 à 220.



Le suivi du toxicomane en prison

Parler du suivi de la personne toxicomane au sein de la prison et à fortiori du soutien psychologique peut paraître banal tant il saute aux yeux, pour les personnes un peu averties, que l'aide actuelle est insuffisante au vu des besoins. Souvent issues d'initiatives privées, ces aides restent limitées en temps, en personnel, en diversité. L'auteur souhaite sensibiliser toute personne concernée - décideurs, bonnes volontés ou professionnels compétents - à cette question cruciale de l'accès aux soins et aux services en milieu carcéral.

La réalité n'est en effet pas toute rose et cette expérience partielle¹, à défaut d'apporter toutes les réponses, ouvrira peut-être certaines pistes pour ceux qui ne seront pas découragés par l'ampleur de la tâche, par les embûches pratiques et la complexité du phénomène.

Philippe Giltay

Psychologue, Fly,Tox à Liège

Une perspective qui soulève des questions

Comment parler de la pertinence du suivi de la personne toxicomane dans le milieu carcéral sans questionner la nécessité de soins, alors qu'on sait que ceux-ci ne peuvent être qu'insuffisamment délivrés en prison ? En d'autres termes : la place du toxicomane est-elle en prison, ou en quoi la prison peut-elle servir dans le parcours du toxicomane ?

Comment envisager la pertinence du suivi de ces personnes en milieu fermé sans mettre en perspective l'accompagnement psycho-médico-social avec le fonctionnement de la Justice ? La lenteur des démarches « rattrape » parfois certains, des années après les faits, alors qu'ils tentent de mettre en place les ingrédients d'une réinsertion ? Comment la

Justice (s')est-elle adaptée à la réalité de la toxicomanie ?

Comment éviter de faire le procès des prisons où le personnel n'est pas préparé à l'accueil d'une population nosologiquement tellement hétéroclite, où les consommateurs rencontrent une offre de produits licites ou illicites et où - comble du paradoxe - certains s'y initient. Comment le milieu carcéral (s')est-il préparé à recevoir cette population au visage multiple mais qui, au grand damne de certains, semble inexorablement et compulsivement attirée par le produit ?

Un travail concret, réaliste, proche du terrain et de la rencontre interpersonnelle

Sans doute plus encore que dans d'autres situations de travail social, la démarche qui le conduit au sein de la prison amène l'intervenant à accepter de nombreuses limites. Ce cadre, il va sans dire, n'offre pas les meilleures conditions tant pour le détenu lui-même que pour l'intervenant.

- ▶ La notion du temps prend en prison une dimension inconfortable. Outre l'attente liée au passage au portique, aux contrôles divers (détecteur de métaux, ouverture et fermeture des portes successives), aux mouvements des détenus, aux changements d'équipe s'ajoutent régulièrement les arrêts de travail et les grèves parfois prolongées, liés aux conditions de travail du personnel, qui entravent la régularité des rencontres.
- ▶ Je ne puis passer sous silence l'état dans lequel les détenus se présentent à nous : l'uniforme pénitentiaire souvent usagé, voir dépareillé, parfois trop grand... peut atteindre le détenu dans sa dignité, son sentiment de honte étant souvent abordé dans ce cadre.
- ▶ Dans le quartier « homme », le long couloir

vitré - où chaque nouveau arrivant, qu'il soit détenu, gardien ou intervenant, aperçoit les visiteurs et les visités dans des moments de discussion de l'ordre du personnel ou de l'intime - accentue ce sentiment et ne permet que difficilement au détenu (comme à l'intervenant) de se départir, ne fut-ce que provisoirement d'une certaine vigilance.

Je pourrais aisément continuer à lister les difficultés matérielles et concrètes rencontrées lors des visites : prison surpeuplée, vétuste, cumulant ainsi les inconvénients pour nous comme pour le personnel et les détenus.

Maintenir le lien

Pourtant, dans cet univers dur, souvent spartiate, hautement déshumanisé, les consultations en prison sont parfois l'occasion d'atténuer cette réalité.

L'objectif que nous poursuivons en consultant en prison est, je le rappelle, le maintien du lien pour les patients du service ambulatoire, suivis, majoritairement, dans le cadre de la délivrance d'un traitement de substitution (méthadone).

En ce sens, *continuité du lien signifie aussi continuité du traitement médical*. Tout un chacun connaît les effets du manque de produit et, en collaboration avec le service médical de la prison de Lantin, nous transmettons l'information sur le traitement en cours afin d'assurer la continuité. La condition nécessaire est bien sûr que nous soyons prévenus par le patient de son incarcération et de son souhait d'obtenir le maintien de son traitement. Pour certains, la prison est toutefois l'occasion de décrocher du traitement de substitution qui est parfois vécu de manière aliénante. Ce qui semble « impossible » au dehors est alors réalisé de facto intra-muros. Tout comme certains départs à l'étranger, le passage en prison semble parfois permettre une rupture avec le produit.

Pour en conclure avec la dimension médicale, je soulignerai, la grande divergence entre représentations des soins à apporter au toxicomane. Si nous nous situons très clairement dans une perspective de réduction de risque, dans une démarche de non-jugement quant à la consommation, dans une vision à long terme du traitement, force est de constater d'importantes différences de représentation avec le personnel médical de la prison.

Nous comprenons toutefois que dans un souci de pragmatisme (manque de personnel, nombre élevé de détenus toxicomanes) ou de contrôle, le traitement puisse y être limité dans le temps et le nombre de bénéficiaires réduit, bien que la prison ait aussi le devoir de proposer des soins similaires à l'offre extérieure. Il n'en reste pas moins que, malgré nos différences de missions ou de représentations, le maintien d'un dialogue et d'une collaboration constructive reste un facteur essentiel dans la mise sur pied de synergies efficaces.

La continuité du lien, via les visites en prison, permet l'observation de la personne visitée dans un cadre, il va sans dire, totalement différent du cadre ambulatoire. Cette observation permet souvent de co-construire avec les personnes une nouvelle compréhension de leurs difficultés, de leur souffrance, de leur consommation et de leur relation au produit.

Si certains patients s'adaptent *étrangement* bien dans ce monde plus structuré, d'autres manifesteront des difficultés exacerbées, parfois proches de la psychiatrie, surtout s'ils sont privés de leur traitement habituel (anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique, trithérapie).

Je ne reviendrai pas sur l'accès à des substances dans le cadre du marché noir pénitentiaire et ses effets dramatiques (overdose, rechute, polytoxicomanie, endettement, prise de risques...).

Afin d'éviter tout malentendu, j'insisterai sur le fait que la prison n'est pas, c'est une évidence, le lieu le plus adéquat pour « observer la personne ». N'en reste pas moins qu'elle peut offrir un contenu intéressant et que les difficultés ne devraient pas constituer un frein au maintien du lien thérapeutique. La prison représente en effet, souvent, l'occasion d'asseoir celui-ci.

Dans le même ordre d'idée, c'est parfois dans la redondance des allers-retours en prison, que peut émerger l'envie plus ou moins marquée d'un projet alternatif. C'est parfois dans les conditions posées (emploi, formations...) par la Justice pour obtenir sortie, congés ou libération conditionnelle et dans la contrainte que certains s'autorisent à visiter, avec un tiers, ses envies, ses difficultés, ses compétences... D'autres, j'en suis convaincu font ce chemin seul. Je postule toutefois que beaucoup ont besoin d'aide pour ce faire.

Plus étonnant encore (quoique...) certains recherchent (et en tout cas vivent) la détention comme un répit à leur consommation et à des situations de vie inextricables. Saisir l'instant pour reconstruire, pour aider la personne à se reconstruire...

Une vigilance thérapeutique

A nouveau, entendez-moi bien : je ne fais pas l'apologie du suivi en prison mais je postule qu'il s'agit, dans le contexte actuel, d'une réalité de fait à utiliser tant que faire se peut.

Le maintien d'un cadre thérapeutique strict dans le contexte pénitentiaire est, on l'a vu, malmené. Déjà bousculée dans un cadre plus classique, par une population en difficulté multiple (familiale, économique, juridique, logement...), en prison, la consultation se voit contaminée par de multiples plaintes liées au quotidien carcéral (rapports disciplinaires, fouille, perte ou manque de travail, menaces, dettes, ennui, problèmes de santé), par des demandes instrumentales (et oui, nous sommes parfois utilisés) de tout ordre (message à la famille, à l'avocat ou autre, attestation pour la sortie, faire ceci ou cela pour eux et à leur place...).

Se référer à une équipe pluridisciplinaire reste ici le meilleur garant du maintien du cadre et de la gestion réfléchie des plaintes et demandes multiples, avec une vigilance thérapeutique afin de ne pas se faire aspirer par la détresse du détenu ni de l'enfermer dans une position de victime du système.

S'appuyer sur le réseau familial et institutionnel

La question de la parentalité, parfois éludée à

l'extérieur, prend en prison une dimension différente. L'absence de nouvelles ou de contacts, les inquiétudes, le jugement (et les Jugements) souvent très négatif(s), dont les détenus toxicomanes font régulièrement l'objet de la part des Services de la Jeunesse (SAJ ou SPJ), les soins dont les enfants ont malheureusement souvent aussi besoin, les questions de ces derniers auxquelles il faut répondre ou les explications qu'il convient de leur donner, la place ou l'absence du conjoint... sont autant de portes d'entrée et de pistes de travail exploitables...

Les aborder constitue un bon moyen de faire revivre l'enfant blessé, négligé, oublié, utilisé qui tente de se faire oublier derrière la consommation du parent toxicomane. Le travail en réseau peut, plus encore que dans d'autres situations, ici s'avérer extrêmement utile et pertinent.

Pour conclure

En vrac quelques mots-clefs qui résonnent pour moi de manière particulière dans les suivis en prison et qui, je l'espère, résumeront assez bien le contenu de ces lignes : *Maintien du lien et du soin. Souplesse et créativité. Patience et soutien. Recul et vigilance. Rigueur et réflexion. Equipe et réseau. Secret professionnel. Engagement et initiatives.* ●

L'ASBL Fly, Tox est un service ambulatoire situé dans le quartier Nord de Liège. Elle offre à près de 300 personnes souffrant d'assuétude, en majorité héroïnomanes, des possibilités d'aide médicale, sociale, juridique, psychologique, des massages, etc.

Dans un souci de maintien et de continuité du lien, l'asbl propose des entretiens de type social ou psychologique aux détenus qu'elle suivait avant leur incarcération, à leur demande, et ce, à la prison de Lantin.

► Rue du Ruisseau, 17 à 4000 Liège
☎ 04/228.07.04 - info@flytox.be

¹ Les réalités pénitentiaires sont en effet sensiblement différentes et cet article n'a pas la prétention d'englober l'ensemble des situations du pays.



L'approche communautaire

L'ASBL Trempoline aura 20 ans cette année. Son programme thérapeutique résidentiel fait l'objet d'une « Convention en Revalidation Fonctionnelle » avec l'INAMI. Son approche est essentiellement de type psychopédagogique. Elle s'enracine dans l'expérience du mouvement international des Communautés Thérapeutiques (CT) et de la « méthode communautaire¹ ». Parlons-en !

Georges van der Straten
Directeur, Trempoline à Chatelet

Quelques principes fondamentaux
Des principes généraux traversent tous les services qui développent une approche communautaire :

- La toxicomanie est une forme destructive de la gestion du stress et des besoins, liée à des carences d'apprentissage dans la gestion des émotions, les relations à autrui et la résolution de problèmes.
- Tout toxicomane peut apprendre à mieux gérer ses émotions et ses besoins afin de pouvoir vivre sans se droguer et avoir un mode de vie épanouissant.
- L'environnement joue un rôle déterminant dans l'apparition des comportements positifs ou négatifs d'un individu.
- L'approche communautaire répond bien aux besoins thérapeutiques spécifiques des personnes dépendantes et permet simultanément de tenir compte des besoins particuliers des individus.
- En CT, chaque patient est invité à devenir l'acteur principal de sa thérapie. Son principal partenaire thérapeutique est le groupe de ses semblables.
- Le groupe des patients peut agir de façon autonome si les encadrants définissent des règles simples.
- La clarté des règles et de leur application crée un climat de confiance et de sécurité indispensable

au développement personnel.

- A côté de l'entraide et de la bienveillance inconditionnelle, la confrontation, les épreuves et un certain inconfort font partie des contextes qui stimulent le changement et l'apprentissage.
- La force d'une personne confrontée à des épreuves est liée à la qualité de son réseau relationnel. La qualité des relations focalise donc l'attention pendant et après la période de traitement.

Tous les services mis en place par Trempoline s'inspirent des principes des groupes de self help et visent à apporter aux toxicomanes une aide adaptée à leurs besoins.

Des services ambulatoires

"Premiers Contacts" est la porte d'entrée de Trempoline. Ce service se situe à 100 mètres de la gare. Il accueille toutes les personnes dépendantes, leur famille ou leurs proches ainsi que les professionnels qui recherchent des réponses face aux difficultés liées à l'abus de drogues (légal ou non), par exemple : les possibilités de traitement à Trempoline ou ailleurs, l'analyse de la demande, l'orientation, la préparation au sevrage.

"Accompagnement ambulatoire" : les personnes qui n'ont pas besoin d'un accueil résidentiel peuvent recevoir un "accompagnement ambulatoire" afin de faire évoluer leur capacité de gérer le mode de gestion de leur vie quotidienne dans leur contexte familial et professionnel habituel. Cet accompagnement se fait en collaboration avec le conjoint ou les parents ainsi qu'avec l'école s'il s'agit de mineurs pour lesquels le problème concerne l'environnement scolaire. Le cadre de référence de ces entretiens individuels et familiaux réguliers se base sur les mêmes principes psychopédagogiques que ceux décrits pour le "programme résidentiel" (voir ci-après). Ce service est subventionné par le Ministère des Affaires Sociales de la Région wallonne et les entretiens sont gratuits.

"Alter-Ego" : les personnes toxicomanes incarcérées ou en libération conditionnelle peuvent faire appel à ce service qui relève des Mesures Judiciaires Alternatives et est mené en partenariat avec la Ville de Châtelet. Ces contacts peuvent avoir lieu dans les locaux de *"1^{ers} Contacts"*, à la Maison de Justice de Charleroi ou en milieu carcéral. Ces entretiens permettent d'évaluer une situation personnelle, d'analyser la demande, de proposer une orientation et d'attester de la prise en charge du suivi, mais aussi d'accompagner la personne toxicomane jusqu'à son admission à Trempoline ou dans un autre organisme.

Un programme thérapeutique résidentiel

Trempoline propose aux personnes toxicomanes qui ont besoin d'un lieu d'accueil résidentiel un séjour communautaire en trois phases :

La phase d'Accueil dure deux à trois mois et représente un sas de décompression après la rue ou la prison. Durant cette période, le résident fait un bilan général de sa situation médicale, sociale, familiale et judiciaire. Au fil des entretiens individuels, des activités thérapeutiques, sportives et de la vie communautaire, il va travailler sa motivation et se préparer à entrer en phase communautaire.

La phase de CT (Communauté Thérapeutique) est conçue comme une école de vie dans laquelle chaque résident apprend à se connaître, à vivre avec les autres, à s'occuper de soi et à prendre du plaisir à vivre. La vie communautaire, la prise de responsabilités, l'entraide face aux épreuves et le respect de soi et d'autrui sont les moteurs de la thérapie. La bonne gestion des moments de loisirs, le sport et certaines formations (informatique, cuisine pour collectivités, horticulture, etc) font partie du programme. Les maîtres-mots de la psychopédagogie de Trempoline sont un contexte

cohérent et des valeurs fondamentales de respect de soi et d'autrui, l'apprentissage par l'expérimentation, la vie communautaire et l'entraide, la confrontation à soi-même et au regard d'autrui, l'expression des émotions et des besoins, la gestion du stress et la coopération dans la résolution des problèmes, des modèles d'identification positifs et la participation des familles. Cette deuxième phase dure environ 10 mois et les sorties se font progressivement afin de se préparer à un retour en société.

La phase de réinsertion sociale permet d'accompagner le résident dans son évolution vers l'autonomie : recherche d'emploi, participation à des activités extérieures, création d'un nouveau réseau relationnel, gestion de l'argent, recherche d'un appartement, etc. Cette phase commence en maison semi-résidentielle et se poursuit sous forme de guidance sur une période totale d'une dizaine de mois.

"Kangourou" est une maison située au fond du parc de Trempline. Elle offre la possibilité aux femmes toxicomanes qui ont des enfants de bénéficier d'une thérapie résidentielle tout en gardant leurs enfants auprès d'elles. Ces femmes sont accueillies de 9h à 16h30 au sein des diverses phases du programme thérapeutique et participent aux activités avec les autres résidents. Pendant ce temps, les enfants fréquentent une crèche de l'entité, un établissement scolaire maternel ou fondamental. En soirée, les nuits ou pendant les week-ends, ces femmes et leurs enfants occupent une maison spécifique où elles reçoivent un accompagnement pour développer leurs capacités éducatives. Chaque mère est responsable de la prise en charge éducative de son enfant : elle accompagne son enfant sur le chemin de la crèche ou de l'école, elle noue des contacts avec les puéricultrices et enseignants, suit le travail scolaire de son enfant, etc. Des groupes de parole et des séminaires ont lieu sur des thèmes tels l'hygiène et l'alimentation de l'enfant, la relation mère-enfant, etc.

"Horus" : certains anciens résidents reviennent vers Trempline lorsqu'ils connaissent un épisode

de rechute. Le principe du groupe Horus est de se centrer sur les raisons de re-consommation. Les zones peu ou pas explorées pendant un premier séjour sont alors élaborées en projet thérapeutique et retravaillées au cours de groupes hebdomadaires et d'entretiens individuels. Vu les acquis du séjour antérieur, le résident passera un temps court en phase d'Accueil (1 mois) et cinq mois en phase de CT. Une attention particulière est accordée à la phase de réinsertion, où avait eu lieu la rechute.

Les équipes des différentes phases sont composées d'éducateurs (certains sont des ex-toxicomanes), de psychologues, d'assistants sociaux, de thérapeutes familiaux, d'un médecin généraliste et d'un psychiatre (consultations). Le séjour est facturé aux Mutualités respectives des résidents et ceux-ci payent une quote-part selon les modalités prévues dans la convention de revalidation qui lie Trempline à l'INAMI pour l'accueil d'un maximum de 42 patients en résidentiel.

L'aide aux familles et aux proches

« Groupes de Solidarité » : les parents et proches des personnes toxicomanes sont invités à participer à des groupes d'entraide où ils peuvent exprimer leurs sentiments d'impuissance, de peur et de tristesse afin d'apprendre à mieux les gérer et rechercher ensemble des pistes de solution et d'espoir. Ces réunions ont lieu les 1^{ers} et 3^{èmes} samedis du mois à Châtelet. Une coordination des groupes d'entraide a été mise en œuvre afin que les parents et proches de toxicomanes trouvent des groupes de parole dans toute la Communauté française de Belgique.

L'avenir

Deux grands défis s'imposent aujourd'hui aux CT :

► **Renoncer à l'objectif de « Rétablissement »** : Les CT se heurtent de plus en plus à « l'évidence » qu'un grand nombre de toxicomanes vieillissent et meurent en toxicomanes. Faut-il, pour autant, considérer qu'il s'agit là d'une maladie « inguérissable » et renoncer à l'objectif de « guérison » ? Ce débat est à l'origine du développement de deux dynamiques de réseaux qui se fondent sur des objectifs différents

mais qui peuvent se compléter, l'une centrée sur la gestion de la maladie, l'autre privilégiant un projet de rétablissement².

► **Rivaliser en termes « coûts-bénéfices »** : l'explosion du coût des systèmes de soins et la part attribuée aux patients toxicomanes obligent les CT à prouver leur efficacité. A l'ère de l'EBM, comment démontrer que l'approche éducative et globale des CT est « cost effective » sur le long terme face aux traitements de substitution ou autres techniques thérapeutiques qui se prêtent mieux aux comparaisons ? Un placebo de CT est difficilement imaginable !

Compte tenu de l'expérience, il ne fait aucun doute qu'il est possible, pour les toxicomanes, d'apprendre à vivre sans drogues et d'assumer des responsabilités familiales, professionnelles, sociales ou autres. Di Clemente et Prochaska nous ont appris que les épisodes de rechute font partie du processus de changement et que plusieurs essais infructueux sont souvent nécessaires avant d'aboutir à une abstinence stabilisée qui peut être favorisée et par la durée du traitement et par la participation des familles au traitement. Les progrès d'un métier s'envisagent sur plusieurs générations. Les échanges de savoirs ainsi que les nombreuses collaborations (voir encadré), pratiques et scientifiques, produisent progressivement des réponses qui permettent d'améliorer la qualité des traitements et d'augmenter les chances de trouver un mode de vie satisfaisant pour chaque personne dépendante. ●

Trempline, asbl s'inscrit dans une mouvance internationale de communautés thérapeutiques fédérées au sein de l'EFTC et de la WFTC (féd. européenne et mondiale des CT). Dans ce cadre s'est instaurée une collaboration avec diverses universités pour mener des recherches sur le traitement des toxicomanes. *Plus d'infos sur :* www.eftc-europe.com et www.wftc.org.

► Rue Grégoire Soupart, 25 à 6200 Châtelet
☎ 071/24 30 24 - www.trempline.be

¹ Voir Bibliographie, p. 48, réf. 7 et 8.

² Respectivement « Disease Oriented Integrated System » et « Recovery Oriented Integrated System » : Voir ROIS-DOIS, Georges De Leon, Actes du Congrès EFTC, Ljubljana 2007.



Au Service de santé mentale

Dans le but d'améliorer son offre de service, l'équipe « Assuétudes » du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi pose les premiers jalons d'une réflexion de grande envergure. Il y est question d'articuler davantage les deux axes de travail qui l'animent :

- Le curatif, défini dans le cadre de la mission spécifique du décret «santé mentale» de la Région wallonne ;
- La prévention et promotion à la santé : travail communautaire de quartier, interventions dans les écoles...

L'équipe a accepté d'illustrer ici le premier axe sous l'angle clinique, ce qui ne doit pas faire oublier les nombreux autres aspects de son travail, notamment sa légitimité en tant que formateur auprès de différents relais, professionnels ou non, et comme acteur dans le développement du travail en réseau ou sa participation, tant sur le plan local que régional et communautaire, à divers lieux de mise en débat des politiques publiques : groupes de travail, commissions d'avis et de concertation...

Marie-Paule Giot, Responsable
Daniel Burkell, Thérapeute et Sophrologue
Lydia Schoeters, Psychologue
Valérie Tronquoy, Intervenante psycho-sociale
Equipe Assuétudes - Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi

Mise en place du décor...

Historiquement, l'équipe « Assuétudes » est venue renforcer celle d'un service de santé mentale dit « généraliste » déjà bien implanté dans le paysage Carolo, construisant peu à peu avec elle des liens d'enrichissement mutuel, sur les plans théorique et pratique. L'équipe de base a connu bien des mutations, gardant toujours le souci de perfectionner son approche de la problématique des assuétudes.

La « neutralité » de l'espace dans lequel nous recevons notre public (pour la majorité, des (ex)-consommateurs de psychotropes et leurs proches) est un atout revendiqué, contribuant à limiter la stigmatisation et à rendre notre service plus accessible. Le fait que nous ne dispensons pas de traitements de substitution offre aussi la possibilité pour celui qui en bénéficie ailleurs, de venir se déposer dans un lieu symboliquement et spatialement éloigné de celui de la prescription médicale.

... et présentation du programme

Au plan de l'organisation pratique, les consultations se font sur rendez-vous, ce qui est parfois une gageure avec notre public. Afin de limiter l'effet de sélection de ce mode de travail, nous programmons généralement d'emblée plusieurs rendez-vous. Si un patient manque son premier rendez-vous et reprend rapidement contact avec nous, il dispose ainsi d'une deuxième, voire d'une troisième occasion d'être reçu à brève échéance. Ce dispositif augmente les chances de contact, mais les agendas se remplissent d'autant plus rapidement. Aussi nous pouvons rarement répondre aux urgences ou ce qui nous est exprimé comme tel. La contribution financière est modulée selon les moyens du patient et ne doit en aucun cas constituer un obstacle, de sorte que la gratuité est largement pratiquée.

Dans le même ordre d'idées, nous répondons sans exclusive à des demandes très diversement

motivées : démarche spontanée, orientation par les multiples structures psycho-médico-sociales, juridiques et scolaires, injonctions thérapeutiques...

Si cela s'avère nécessaire, nous nous déplaçons vers les patients (à domicile, à l'hôpital, ...).

Nous développons également du travail collectif, au travers de projets spécifiques (soutien aux parents (ex)usagers de drogues, groupe de sophrologie...).

La relation d'aide au sens large peut passer par un accompagnement aux démarches visant une responsabilisation et/ou une revalorisation du patient, voire par une réconciliation avec le corps et le ressenti, au travers de séances de sophrologie. La pratique clinique proprement dite (exercée par deux psychologues et trois psychothérapeutes) se déploie à partir d'un éventail large de possibilités qui va de l'écoute à la psychothérapie. Nous pouvons proposer des suivis individuels, de couple ou familiaux, d'orientation systémique et analytique.

Madame R. téléphone parce que son fils J., âgé de 18 ans, fume du cannabis. Après avoir pris les premiers renseignements, la secrétaire transfère la communication à un thérapeute. Il écoute une maman inquiète, en proie à des émotions très inconfortables qu'elle n'arrive plus à gérer. Elle semble soulagée de pouvoir enfin partager ses impressions avec un professionnel.

La prise de contact avec le centre pour obtenir un premier rendez-vous, donne l'occasion au patient ou à son envoyeur d'exposer la difficulté dans laquelle il est pris.

Le thérapeute propose à Madame R. de la rencontrer avec son fils, dans un souci de triangulation. *Il apprend que s'ils en sont là, c'est parce qu'à l'école, J., dont la conduite était irréprochable, s'est évanoui dans les toilettes, après avoir fumé du cannabis une matinée entière en compagnie de deux amis.*

A l'issue de ce premier entretien, le thérapeute aura identifié et clarifié les soubassements de la démarche.

C'est l'école, par l'intermédiaire de l'éducateur, qui les a orientés vers nous. Ce qui a motivé la consultation et qui est source de souffrance dans le chef de Madame R., c'est manifestement la consommation problématique de cannabis et l'agressivité de J. qui en découle. J. se voit dès lors attribuer le rôle de patient désigné. Le thérapeute apprend que Madame R. et J. vivent seuls, que le père n'a jamais été présent.

A la fin de l'entretien, et contre toute attente, J. demande à être vu seul lors des prochaines rencontres. Madame R. est alors réorientée vers un collègue. Le rythme des séances est programmé sur une fréquence hebdomadaire, le temps nécessaire pour sonder la demande et gérer la crise. Des séances familiales sont prévues, en la présence des deux thérapeutes.

Madame R. a par ailleurs pu bénéficier de l'aide apportée par le *travailleur social* pour la gestion de ses dettes.

Tant que le patient campe dans une position à partir de laquelle c'est à l'autre de changer (et c'est souvent le cas), il est difficile d'aller au-delà de l'écoute et du soutien psychosocial.

Quand la personne est prête à s'investir dans un processus de changement personnel, nous l'invitons tout doucement à s'engager dans une démarche psychothérapeutique avec, au préalable, une remise en question de son propre fonctionnement et une mobilisation de ses ressources et de ses potentialités. Cela exige du patient un réel investissement dans le temps. Si ce processus prend des nuances différentes pour chaque situation traitée, et selon le « style » du thérapeute, nous pouvons en repérer trois étapes majeures : la prise de conscience et la reconnaissance d'une difficulté, la compréhension des différents facteurs qui ont engendré et entretiennent la problématique et enfin le désir de changement.

Mars 2004, Madame D., 49 ans, est orientée chez le thérapeute par une collègue. Cette dernière a déjà mis en place un suivi avec le compagnon de Madame, dans le cadre d'une libération conditionnelle. Monsieur A. a 29 ans, et rencontre des pro-

blèmes en rapport avec sa polytoxicomanie.

Madame D. a rencontré Monsieur A. en 2001 et fonde beaucoup d'espoir en lui. Elle veut « le sortir de là » et lui donner une chance de rebondir dans la vie. Monsieur A. abonde dans son sens en déclarant qu'il veut se soigner pour mener une « vie normale ».

La demande formulée par la patiente à ce moment-là s'entend comme ceci : « Je viens uniquement pour avoir des conseils, pour aider mon compagnon ».

Le couple connaît des soucis financiers parce que Monsieur A. dépense beaucoup d'argent.

Madame passe ses journées à le conduire où bon lui semble et languit des soirées entières, à l'attendre pour le repas. Elle s'épuise.

Le thérapeute met au travail la question des limites.

Elle admet tout accepter de la part de Monsieur A.

« Je suis généreuse et j'ai l'habitude : quand les autres ont besoin de moi, ils me sollicitent beaucoup ».

Au fil des mois, la patiente déprime de plus en plus. Monsieur A. fait échouer toute tentative ou proposition de soins. « Je me donne toujours sans compter et moi quand j'ai besoin des autres, ils ne sont jamais là. Les gens profitent de moi, ne me respectent pas ».

Le thérapeute va insinuer le doute dans cette nouvelle « croyance » : « Si ce genre de scénario s'est réalisé avec d'autres personnes, c'est qu'il y a peut-être une part de vous-même qui vous pousse à reproduire ce type de relations... et peut-être qu'on a davantage de pouvoir sur soi-même que sur les autres, si nous voulons que cela change ». *A ce moment, la patiente formule sa sentence : « Ce scénario s'est déjà souvent répété dans ma vie et je dois changer ».*

Madame parvient à pointer ce qui est devenu source de souffrance pour elle : « Je ne me fais jamais respecter par les autres. » ; « Ma peur de ne pas être aimée m'oblige à acheter l'amour de l'autre » ; « Monsieur A. n'est pas sincère et profite de moi mais je me cache la vérité car j'ai peur d'être abandonnée. » Et enfin « Je ne peux plus continuer comme cela, je souffre trop ».

Sa demande explicite passe de « Aidez-moi à l'aider » à « Aidez-moi ».

C'est à partir de sa relation avec la mère que le thérapeute abordera l'épineuse question de son schéma relationnel : « J'ai toujours tout fait pour elle mais elle ne m'a jamais beaucoup donné d'amour en retour ». *A défaut de pouvoir nommer ce qui se trame en elle, elle se dépense sans compter, mue par un énorme besoin de reconnaissance. « Je me donne tout entière pour que les autres m'aiment, je ne peux pas dire non. J'ai peur de la solitude, qu'on m'abandonne ».*

Comprendre ce qui se répète pour elle, la re-mobilise puisque désormais, elle sait contre quoi lutter. « Quand j'ai des projets, je n'ai plus peur, j'ai besoin d'être très active ».

Le thérapeute va s'appuyer sur ses ressources et compétences pour évoluer vers un mieux être.

Tout au long du travail, la patiente apprend, de façon très progressive, à se faire plaisir, à échafauder et réaliser ses projets, à poser ses limites, à se faire respecter.

Elle met à l'épreuve un nouveau mode de relations avec son entourage, à partir duquel elle comprend que se faire respecter ne signifie pas nécessairement perdre la relation.

Dans sa lancée, elle questionne sa relation aux hommes et sa représentation du couple. Elle décide de mettre fin à sa relation avec Monsieur A.

Par la suite, elle se lance dans de nouveaux projets : reprendre des cours de stylisme, réouvrir son atelier de peinture, en collaboration avec un autre artiste. . .

Avril 2007 « Avec tout ce que j'ai mis en place, je vis mieux l'idée d'être seule ».

Le thérapeute et la patiente décident d'espacer les rendez-vous afin qu'elle puisse prendre son autonomie vis-à-vis du suivi thérapeutique. ●

SSM du CPAS de Charleroi

Rue Bernus, 18 à 6000 Charleroi

☎ 071/32.94.18 - csm@cpascharleroi.be



A la maison...

Casa, un projet d'accompagnement à domicile

CASA offre un accompagnement psycho-médico-social et éducatif, à domicile, aux personnes ayant (eu) une problématique d'assuétudes, sous la supervision d'un médecin psychiatre.

L'usager est soutenu dans son projet individuel, et dans le respect de sa demande. L'objectif est de l'amener à une autonomie « positive » parce que voulue, organisée et travaillée progressivement avec lui.

Deux constats à l'origine de cette initiative : l'isolement des personnes souffrant ou ayant souffert d'une dépendance et la difficulté pour ces personnes d'aller vers les services qui proposent une offre de soins.

Sara Destrebecq, Psychologue
Teresa Mancini, Assistante sociale
Projet CASA - asbl Ellipse - La Louvière

Notre pratique clinique nous amène à nous rendre sur le lieu de vie de la personne qui demande... Cette demande peut être diverse et devenir multiple. Il peut s'agir d'une demande de soutien, d'écoute, de non jugement, d'accompagnement physique dans les démarches ; de suivi individualisé permettant une meilleure intégration, qu'elle soit sociale, médicale ou autre, voire une « non exclusion ». *Par l'accompagnement à domicile, nous pensons pouvoir favoriser l'accès et le lien aux services de soins et/ou thérapeutiques.* Le service se situe à la fois en aval et en amont des offres de soins existantes actuellement. Son aspect novateur réside dans le fait que ce n'est plus le sujet qui va vers les professionnels mais les professionnels qui vont vers la personne, à leur domicile et dans le respect de leur désir. Le domicile, où se réalise l'entretien, permet de rencontrer la personne dans son milieu, ce qui favorise l'expression et permet d'apprécier la qualité de vie, d'avoir des contacts avec l'entourage, de garder la

problématique d'assuétude anonyme et, enfin, de prendre en compte les personnes éprouvant des difficultés de mobilité.

Suivi en consultation individuelle depuis plusieurs années à l'antenne ambulatoire d'Ellipse, Monsieur A. était hospitalisé en vue d'effectuer un énième sevrage. Il a pris contact avec l'équipe du projet CASA avec le désir de mettre en place un accompagnement à domicile. La première rencontre a eu lieu au sein de l'hôpital. Ce jour-là, il nous dit « *Je suis content maintenant qu'il y a CASA car lorsque je sors de cure ou d'un séjour de post-cure, je me sens seul, isolé et perdu. Là-bas, je suis comme dans un cocon, je suis soutenu dans tout et, ensuite, il n'y a plus rien et le risque de replonger est très grand* ».

Des rencontres régulières sont effectuées au sein du service en vue de préparer son retour à domicile. Dès sa sortie, il nous confie qu'il a consommé de l'héroïne. Il nous parle de ses craintes, de son avenir et nous dit : « *Je veux m'en sortir... A chaque fois, je recommence tout à zéro, ça fait trop longtemps que ça dure* ». Au cours de nos entretiens à domicile, il nous fait part de son projet : « *Je souhaiterais faire une cure de sevrage et, après, avoir un appartement supervisé. À ce moment-là, je pourrai chercher un travail dans le gardiennage* ».

Dans son discours, l'équipe perçoit le lien entre l'ennui, l'absence de travail et la consommation : « *le fait de ne pas avoir de travail me donne l'envie de consommer car j'ai rien d'autre à faire* ». Les démarches administratives qu'il doit entreprendre alors lui paraissent infranchissables. Il doit renouveler sa carte d'identité et sa carte SIS, effectuer une requête pour une administration provisoire de ses biens, prendre contact avec des structures de soins pour sortir de la consommation. Il nous dit alors « *J'aimerais bien qu'on m'apprenne à remplir tous ces papiers et à les déposer au bon endroit, pour qu'ensuite j'arrive*

à le faire par moi-même... On ne m'a jamais appris à faire cela, j'ai un manque à ce niveau-là... je ne veux pas qu'on les fasse à ma place, je veux y arriver par moi-même, je veux devenir autonome ».

En plus des entretiens de soutien, plusieurs accompagnements psycho-médico-sociaux et éducatifs ont été effectués avec lui. A la suite de l'un d'entre eux, l'équipe a dû gérer une situation extrêmement difficile avec une institution. Il nous fait remarquer qu'il n'aurait pas pu aller au bout de cette démarche sans notre présence à ses côtés : « *Heureusement que tu étais là... grâce à ta présence lors de cette mission, j'ai pu garder mon calme... si j'avais été seul, je me serais énervé sur le personnel et je serais parti fumer mon héroïne dans le parc à côté* ».

Cette situation nous fait comprendre que notre objectif n'est pas de rendre les usagers dépendants de notre service - même si dans un premier temps nous alimentons en quelque sorte cette dépendance - mais bien de les amener à une autonomie, d'améliorer leur qualité de vie et de créer du lien... au cas par cas... ●

CASA est un Service d'accompagnement à domicile de personnes souffrant ou ayant souffert d'assuétude(s). Ce projet pilote du « Fonds Assuétudes » se développe depuis le 1^{er} juillet 2007 dans 14 communes des régions du Centre et de Soignies.

► Rue de Belle-Vue, 83
7100 La Louvière
☎ 0473/79.33.25
www.asbl ellipse.be





Une vie nouvelle

L'alcool est une drogue dure en vente libre. Consommée de façon prolongée, elle mène à la folie, à la mort. Avec l'aide de ses pairs, l'alcoolique peut s'en sortir. Nous avons rencontré Claudine et Eric, abstinents depuis une petite dizaine d'années. Ils sont aujourd'hui très investis au service des AA. Ils témoignent de leur parcours et de leur reconnaissance envers le mouvement qui leur a permis de se reconstruire en leur proposant un nouveau mode de vie.

Claudine et Eric

Responsables régionaux « Alcooliques Anonymes »

Entretien réalisé par **Christine Gosselin** – IWSM

C : J'ai appelé la permanence téléphonique un vendredi et le lundi, j'allais à ma première réunion. Quand j'ai annoncé cela à ma fille, j'entends encore son commentaire : « C'est le plus beau cadeau que tu peux me faire ! » C'est en pleurs que je suis arrivée à la première réunion, je me posais mille et une questions. J'ai rencontré à mon grand étonnement des gens heureux et souriants qui ne m'ont pas jugée, ils m'ont expliqué que l'alcoolisme était une maladie et m'ont encouragée à ne pas prendre le premier verre, 24h à la fois. Ils m'ont offert des petits « trucs » pour ne pas prendre ce verre. J'ai accroché de suite et j'étais fière d'annoncer à la réunion suivante que j'étais abstinente. J'ai fréquenté ce groupe pendant plus d'un an, mais sans avoir compris le programme. J'ai cru que j'étais rétablie, que je pouvais boire normalement et me passer des réunions. Je me trompais. Je mentais aux autres et à moi-même. Je me suis mentie ainsi pendant cinq ans. Cinq années pendant lesquelles, j'organisais à nouveau ma vie autour de l'alcool. Jusqu'au moment où un déclic, ce qu'on appelle le « magic moment » s'est produit et où j'ai compris que je devais arrêter de boire pour moi. Je suis retournée en courant aux réunions et j'ai cette fois mis le programme des AA en application. Aujourd'hui je rate rarement une réunion. J'y recharge mes batteries pour la semaine.

E : Je ne savais pas vivre sans boire et j'ai dû aller jusqu'à la tentative de suicide pour me rendre compte, devant ma femme et mon fils, que ce n'était pas vivre. J'ai appelé la permanence téléphonique des AA. Il y a toujours quelqu'un au bout du fil chez AA, pas de répondeur. J'ai tout de suite accroché avec celui qui allait devenir mon parrain. Lui aussi. Il a pris de mes nouvelles chaque jour durant les quatre jours qui séparaient mon appel de la première réunion. Ce n'est pas la procédure classique... Chez AA, on ne fait pas de retape, chacun est libre d'adhérer ou non... mais parfois, ça se passe comme ça. Il a senti que j'en avais besoin. C'était son application du serment de Toronto : « N'importe qui, n'importe quand, n'importe où, tend la main en quête d'aide, je veux que la main de AA soit toujours là, et de cela je suis responsable. » Ma vie a commencé quand je suis entré chez AA.

Lors de réunions hebdomadaires, les AA partagent leurs expériences avec tous ceux qui demandent de l'aide pour leur problème d'alcool ; sans juger, sans conseiller. Ils proposent un programme de rétablissement qui s'apparente à un nouveau mode de vie permettant d'être heureux sans alcool : « Espace de compréhension, nous pouvons y témoigner de ce que nous sommes ; nous nous reconnaissons dans les témoignages des autres, (...) ne pas se prendre au sérieux, resituer les choses à leur juste valeur. (...) Nous partageons

dans le groupe d'attache beaucoup d'intimité mais en même temps, souvent, nous ne savons pas la profession de celui qui est assis à côté de nous, où il habite, sa situation familiale, etc (...) un souci de confidentialité mais surtout et avant tout un souci d'humilité. (...) Envisager l'abstinence jour après jour : (...) un seul jour à la fois... il ne faut donc pas se tracasser pour hier ou demain mais vivre rien qu'aujourd'hui ». AA se présente comme un nouvel horizon pour apprendre à se connaître autrement et retrouver une certaine dignité et une liberté devant l'alcool. « Il n'existe pas de médicament pour arrêter de boire, seulement pour se sevrer. AA est une solution. (...) Il apprend un nouveau mode de vie. »

Le mouvement, autonome financièrement, est présent dans près de 160 pays. Pour la partie francophone et germanophone du pays, il compte 220 groupes. Son action s'appuie sur des bénévoles. Qu'il s'agisse de la permanence téléphonique, des informations publiques, de la santé, des milieux pénitenciers, tout service rendu avec amour renforce l'estime et la confiance en soi. « Il ne s'agit pas de se réaliser ou de réaliser quelque chose que l'on n'a pu faire ailleurs. Mais plutôt d'exprimer la profonde gratitude envers le mouvement qui nous a sauvé la vie, un moyen de se sentir membre actif, maillon d'une chaîne de sollicitude, créateur d'une unité plus profonde. » ●

Alcooliques Anonymes

Boulevard Clovis, 81 à 1000 Bruxelles

☎ 02/511.40.30

info@alcooliqesanonymes.be

www.alcooliqesanonymes.be

Permanence nationale 24h/24 : 078/15.25.56



Quelle place pour la famille ?

Au Centre Résidentiel de Post-Cure pour Alcooliques et Toxicomanes des Hautes-Fagnes, le travail familial fait partie intégrante du programme thérapeutique du résidant.

Dans le respect de chacun, l'approche des situations y tient compte de l'entourage. Un travail « familles admises » qui se construit à différents niveaux...

Eva Franssen

Thérapeute familiale et Animatrice de Groupe
Centre des Hautes-Fagnes - Malmédy

1. L'entretien familial, un apport pour le travail thérapeutique communautaire

Les entretiens familiaux éclairent le programme thérapeutique de manière à ce qu'il tienne compte du vécu de la famille sur *'ce que le toxicomane fait à l'autre en consommant'*. L'évocation des tentatives inefficaces de la famille pour aider le résidant constitue, en outre, autant d'indications sur ce qu'il faudra éviter de faire.

2. L'interrelation entre la famille et la vie communautaire

Les nouveaux comportements expérimentés par le résidant dans la vie communautaire devront être transférés dans la sphère familiale. Les entretiens familiaux deviennent ainsi des lieux d'expérimentation (dans lesquels le résidant peut, par ex., s'affirmer, faire des demandes) et le lieu où se discute l'impact sur la famille, des comportements initiés en cure. Ils permettent à la famille et à la cure de tenir compte l'une de l'autre plutôt que 'd'écarteler' le toxicomane entre des attentes éventuellement divergentes et le recentrent sur l'objectif de réinsertion familiale.

3. Les hypothèses théoriques, systémiques, à la base des interventions

a) *Le toxicomane comme moteur de changement*

Si le résidant, par sa consommation, a « montré » un dysfonctionnement personnel et/ou familial, c'est

aussi lui qui, par son entrée en cure, peut donner l'impulsion d'un changement. Il peut être vu, dans le système familial, comme l'élément sensible, potentiellement dynamique, celui qui a « disjoncté » mais aussi celui qui peut rétablir « le courant ». Concrètement, cela signifie que nous ne demandons pas à la famille de changer mais nous misons sur le résidant pour induire des changements dans sa famille : c'est lui notre « client ».

b) *La fonction familiale du toxique*

Dans certaines configurations familiales, l'approche peut s'élargir, avec l'adhésion du résidant et de sa famille, à un questionnement sur la fonction de la consommation pour l'entourage et sur les comportements qu'elle a impliqués de part et d'autre. La réflexion se porte sur ce qui les unit... et ce qui les différencie ; ce qu'ils attendent les uns des autres, ce qu'il leur est possible de changer et ce à quoi ils doivent renoncer. Le conjoint ou les parents se reconnaissent ainsi directement impliqués dans la consommation et dans le processus vers l'abstinence. L'issue de cette réflexion peut être la mise à distance, la séparation.

Le parcours idéal d'une famille de toxicomane pourrait être décrit comme suit : la famille tente d'abord de lui éviter les conséquences négatives de ses actes, elle LE protège ; puis, devant l'inutilité de ses efforts, elle SE protège en mettant de la distance ; si le lien familial est suffisamment fort, cela suscite une volonté de se soigner ; ensuite, c'est un chemin en sens inverse qui doit s'amorcer, la famille se re-mobilise et réfléchit avec le toxicomane (à jeun) sur leur relation, leurs conditions de vie et participe activement à des changements concrets.

Le travail avec les familles se réalise donc à des niveaux différents : pour toutes les familles, il y a apport et échange d'informations, et, pour certaines d'entre elles, questionnement et changement plus profonds. Les entretiens familiaux aident les familles et les couples à se repositionner dans le

présent de la relation.

4. Les groupes de couples et de familles

Les groupes de couples réunissent les résidants et leur conjoint sur des thèmes très immédiats, tels que les difficultés du fait de la cure (enfants, argent, solitude...) les visites au Centre, les retours en WE, la confrontation au produit, les incompréhensions sur la thérapie, etc...

L'intérêt de ces groupes se situe dans les interactions croisées entre couples, entre sensibilités féminine et masculine, entre responsabilités familiales et professionnelles des uns et des autres ; la question de la consommation devenant alors une problématique parmi d'autres. Le rôle de l'animateur se limite à la régulation des échanges ; l'approfondissement des contenus dépend du climat du groupe et du désir d'investissement de chacun.

L'organisation de ces groupes est irrégulière puisqu'elle dépend du nombre de personnes en cure qui ont encore un couple !

Les groupes de familles permettent à l'entourage familial de sortir de l'isolement dans lequel beaucoup se sont enfermés. Il s'agit (comme pour beaucoup de résidants) d'apprendre à parler de soi et à écouter les autres : d'être rassurés par l'expérience commune et stimulés par les réponses différentes aux problèmes.

Il ne s'agit pas de groupes thérapeutiques au sens propre ; ils ont néanmoins une fonction d'aide à l'abstinence et à l'amélioration de la vie en famille. ●

Centre Résidentiel de Post-Cure pour Alcooliques et Toxicomanes des Hautes-Fagnes

Rue Malgrave, 1 à 4960 Malmédy

☎ 080/799830 📠 080/799839

secretariat@hautesfagnesmalmédy.be

www.hautesfagnesmalmédy.be



Pratiques partagées autour des assuétudes

Rencontres plurielles pour une aide spécifique

Lorsque survient la question de l'usage de drogue, comment chacun réagit-il ? Quelles sont ses ressources ? De quelles compétences a-t-il besoin ? Que demande l'usager ? Et les proches ? ... Autant de questions qui taraudent le professionnel de la santé, qui se sent parfois bien démuni ...

Pour lui permettre de mettre sa propre pratique en perspective, de s'outiller et d'acquérir de nouvelles compétences, Citadelle, une petite équipe tournaisienne propose depuis quelques années, en collaboration avec les médecins généralistes d'Alto-SSMG, des rencontres sur ces questions. Elles offrent un espace « protégé », un temps de « pause », aux intervenants de la région.

Eléonore de Villers

Coordinatrice du réseau Citadelle à Tournai

Comme leur nom l'indique, les rencontres « Pratiques partagées autour des assuétudes » postulent que les pratiques sont diverses et qu'il peut être utile d'échanger à leur sujet. *Du débat entre professionnels d'horizons divers surgissent des pistes de travail, de réflexions, des perceptions de ce secteur mouvant en perpétuel changement.*

Méthodologie

Un invité présente son argument, évoque son travail en tant que psychiatre, médecin, pharmacien, psychologue, anthropologue, ... Sous le thème central des assuétudes, les angles de vue présentés sont très divers et parfois indirects de façon à élargir les horizons de la réflexion.

Un ouvrage accessible au grand public

Le succès de ces rencontres et la demande de disposer des textes nous ont amenés à publier un recueil : « usage de drogues, des professionnels vous en parlent¹ ». Le pari ici est nouveau. Il s'agit de s'adresser aussi au tout venant, aux patients comme aux proches ... La charpente du livre a été conçue par thématiques² et a parfois créé des associations inattendues. C'est ainsi qu'une thérapie proposée pour le jeu pathologique est

insérée dans le chapitre sur le sevrage étant donné que l'orateur préconise un arrêt total du comportement avec des mesures particulières pour soutenir le patient.

Au-delà du produit, de la dépendance et du traitement : une question de relation

Notre espoir, dans ce cadre, est de parvenir à ce que, en filigrane, le lecteur puisse découvrir de nouveaux repères, de nouveaux points de rencontre autour de la question centrale, celle qui interroge le lien ; lien qui se noue et se dénoue ; lien à soi, à l'autre, au produit, au traitement, au thérapeute. ...

Prise en charge pluridisciplinaire

Cette réflexion s'articule avec un travail concret au quotidien. Depuis 1989 en effet, à Tournai, une équipe de médecins, psychologues et assistantes sociales propose une aide et un suivi aux usagers en difficulté de vie, ainsi qu'à leurs proches. L'association Citadelle a pour particularité d'offrir un service spécialisé en assuétudes en organisant des consultations décentralisées, intégrées dans des lieux généralistes. Un point central existe néanmoins : une permanence est assurée tous les après-midi, du lundi au vendredi, au siège de l'ASBL, afin d'offrir un premier accueil et une orientation à toute personne en questionnement par rapport aux produits, aux dépendances.

Les membres du réseau, répartis dans la cité sur leur

lieu respectif de travail (maisons médicales et services de santé mentale), se retrouvent lors des rencontres hebdomadaires centrées sur l'intervision clinique. C'est à ce moment-là, aux « réunions du jeudi », que « l'équipe prend forme » et que, ensemble, des décisions sont prises concernant les traitements (entame de la substitution, suivi des familles...). Pour les traitements de substitution (qui restent la majeure partie des demandes), nous demandons au patient de voir au moins une fois un médecin, qui sera le prescripteur, l'assistante sociale et un(e) psychologue. Ceci nous permet de prendre la décision de façon collégiale en bénéficiant de points de vue différents. Cette méthodologie est pour nous d'autant plus essentielle que derrière la demande purement « médicale » du patient, se dissimule des questions révélant parfois une grande souffrance psychique et sociale. Les dimensions « Santé mentale » se révèlent essentielles pour décoder, comprendre la situation et aider au mieux le patient.

Un atout pour le patient

L'équipe souhaite ainsi offrir une aide diversifiée aux patients pris dans leur singularité sans créer de ghetto. Le patient est reçu dans un lieu où d'autres personnes viennent pour soigner telle ou telle maladie ou pour trouver tel ou tel thérapeute, familial ou individuel, etc. L'image du « tox » peut ainsi laisser la place à d'autres perceptions, d'autres regards. ●

Citadelle :

Rue de la Citadelle, 135 à 7500 Tournai
info@citadelle-asbl.org
www.citadelle-asbl.org.

¹ Voir Bibliographie p.48, réf. 43.

² Les thématiques : Familles en devenir (précarité, grossesse, hyperactivité), Jeunes et nouveaux usages (adolescence, cannabis, Internet, réduction des risques), Thérapies de substitution (méthadone et Subutex, le rôle du pharmacien), Sevrage (alcool, opiacé, jeu) et Autres façons de faire (outil de prévention, entraide).



Assuétudes et/ou santé mentale

Une approche spécifique des patients qui présentent un double diagnostic

A travers une revue de la littérature récente¹, l'auteur essaie de relever ce qui fait la particularité de la prise en charge des patients présentant une association de troubles psychiques et d'usage de substances.

Il cherche aussi à dégager quels sont les outils thérapeutiques significatifs et les obstacles majeurs à l'offre de soin psycho-médico-sociale pour ces situations.

Nous comprendrons dès lors quels défis doivent relever les prises en charge ambulatoires de ce public.

Renaud Brankaer

Psychiatre
Babel, Bruxelles

De qui parle-t-on ?

Le premier obstacle à franchir lorsqu'on s'intéresse à cette population est de savoir à qui l'on s'adresse ?

En effet, plusieurs terminologies coexistent dans la littérature à ce sujet avec des spectres de recouvrement variables. C'est ainsi qu'on retrouve, en fonction de la localisation et de la grille de lecture employée, les termes de *double diagnostic*, de *comorbidité*, de *troubles jumelés*, de *troubles concomitants* et de *cooccurrence de toxicomanie et de troubles de santé mentale*.

Lorsque l'on essaye en outre de préciser les représentations, on butte sur de nouveaux signifiants liés d'une part, à la santé mentale (les troubles psychologiques, psychiatriques, la psychose et autres diagnostics, ...) et d'autre part, à l'usage de substances (toxicomanie, dépendance, addiction, ...).

Ainsi, lorsqu'on lit les études et rapports en lien avec la problématique, il s'agit d'être très attentif au public concerné.

Parmi la *population générale*, ce sont les études américaines et canadiennes qui font référence, vu leur plus grand échantillonnage. C'est ainsi qu'elles relèvent un taux d'environ 20 à 30%

d'individus répondant aux critères de coexistence d'un trouble mental et d'un trouble lié aux substances.

Dans les *échantillons cliniques*, les taux de problèmes liés aux substances sont plus nombreux que dans la population générale. Les chiffres sont particulièrement éloquentes dans les services pour la toxicomanie ; le taux de comorbidité n'y est jamais inférieur au tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés. Chez les alcooliques, la prévalence à vie de la schizophrénie est de l'ordre de 4,5 à 6% et chez les toxicomanes, d'environ 7%. Ceci est à confronter au taux de 1% de la population générale. En contrepartie, chez les patients schizophrènes, la présence à vie d'un trouble d'abus de substance est de 34% pour l'alcool et 28% pour les drogues. Chez les patients bipolaires, la prévalence à vie d'un trouble relié à l'alcool est de 46% et la prévalence de la toxicomanie est de 41%. Les taux de comorbidité sont donc particulièrement élevés chez les populations avec un trouble mental grave, particulièrement chez celles traitées en psychiatrie. Drake et coll. en 1991 estiment que 30 à 50% des cas psychiatriques seraient des cas de comorbidité.

Chez les personnes sans domicile fixe, cette co-

morbidité serait aussi surreprésentée.

Quels facteurs de risques associés ?

Le deuxième obstacle majeur de la prise en charge concerne les facteurs de risques associés : première hospitalisation précoce, symptômes psychiatriques nombreux et sévères, troubles cognitifs et des fonctions exécutives, risque de rechute et de nouvelles hospitalisations, dépression et risque de suicide, incarcération, perte de logement, problèmes familiaux, risque de violence et négligence à l'égard des enfants, violence familiale, augmentation du risque de violence tout court, infection par VIH, risque de victimisation, besoin particulier des femmes en traitement, difficultés fonctionnelles comme le chômage, l'instabilité au travail et les conflits interpersonnels chroniques.

Ceux-ci augmentent les probabilités d'abandon prématuré du traitement, avec, à la clef, des répercussions négatives sur les résultats des traitements. Ces abandons prématurés seraient liés aux difficultés rencontrées au moment de l'entrée en traitement et dans l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Dans les cas où les patients poursuivent leur traitement, l'intensité et la durée nécessaires dépassent souvent les normes des autres services.

Quels outils thérapeutiques ?

La troisième difficulté découle de l'absence d'outil thérapeutique spécifique reconnu.

Une remarquable méta-analyse² n'a pas permis de trouver de traitement spécifique à cette association. Par contre, elle reconnaît que les traitements efficaces pour réduire les symptômes psychiatriques et diminuer l'usage de substances le sont aussi chez les patients à double diagnostic.

Une autre analyse³ a permis d'évaluer le rôle des interventions psychosociales chez les patients présentant un usage de substances ainsi qu'un état mental sévère.

Concernant les techniques de **soutien individuel** (8 études), de **soutien de groupe** (8 études) et les **interventions familiales** (1 étude), les résultats sont généralement positifs sur l'usage de substance mais non durable à la fin des interventions.

Le recours au **case management** (11 études) ne participe pas à l'évolution de l'usage des substances et des symptômes de maladie mentale mais montre une évolution positive dans d'autres domaines tels qu'une augmentation de la motivation, une diminution des hospitalisations, une augmentation de la qualité de vie et de l'occupation communautaire tels que traditionnellement décrits en association avec cette technique.

Quant à l'intérêt des **traitements résidentiels** (12 études), les résultats sur l'évolution de l'usage des substances ne sont pas vraiment consistants et les études à long terme montrent des effets intéressants chez les patients qui ne répondent pas au niveau ambulatoire.

Les projets de **réhabilitation ambulatoire** ne sont étudiés qu'à travers 2 études et ne permettent pas de tirer de conclusion.

On observe par ailleurs ici une ambiguïté au niveau des ambitions thérapeutiques, qui semblent négliger l'aspect global de fonctionnement de la personne. Ainsi, alors que nous avons vu quelles étaient les difficultés cumulatives tant au niveau de la santé individuelle, qu'au niveau social, relationnel et judiciaire, on remarque que sont essentiellement analysées la symptomatologie psychique (exprimée au travers des échelles d'évaluation) et la consommation de produit. Il conviendrait à tout le moins d'élargir les paramètres évalués en intégrant les compétences relationnelles, communautaires et sociétales.

Ceci est corroboré par l'étude réalisée par Warren et collègues de l'UCLA qui évalua le rôle du **support social** et du **self help** dans un groupe de 350 clients présentant des troubles liés à l'usage de substances ainsi que des troubles mentaux sévères dans des programmes résiden-

tiels de traitement d'abus de drogue. Leur étude a mis en avant l'importance thérapeutique potentielle des ressources personnelles des clients ainsi que du support social - particulièrement chez les clients âgés - et des groupes de self help. Ils reconnaissent également la plus grande difficulté de traiter les usagers aux multiples drogues qui présentent des comorbidités psychiatriques sévères.

Nous savons également qu'il n'existe quasi pas de problématiques pures mais bien multiples et intégrées. En quelque sorte, cet aspect duel de la problématique n'est qu'une production de l'esprit, nécessaire à l'analyse, mais elle masque une interpénétration profonde des deux problématiques, intimement liées au fonctionnement psychique global.

Qu'en est-il alors des traitements intégrés ? La méta-analyse précitée, au vu de la pauvreté et de l'hétérogénéité des données, n'a pas pu leur reconnaître d'efficacité meilleure que les traitements habituels, mais se focalisait une fois encore sur l'évolution des symptômes psychiatriques et de la consommation.

En Belgique, nous avons la chance de disposer de projets pilotes de traitement intensif des patients présentant un double-diagnostic (2 unités de 10 lits, à Liège et Sleidinge). Les résultats de leur évaluation nous montrent que les traitements intégrés ont un effet positif sur les symptômes positifs et négatifs de la psychose, sur la consommation de produits, sur la qualité de vie et sur le fonctionnement général. Ils semblent être supérieurs à ceux de la littérature et sont stables pendant un an après la sortie, avec une meilleure compliance au traitement. L'utilité de telles structures est confirmée par les institutions du réseau. Dans les principales difficultés, selon l'unité, on note l'absence de vision à long terme, la demande d'augmenter le nombre de lits et l'absence de service spécifique double diagnostic en amont et en aval.

Quelles perspectives ?

En conclusion, nous devons donc travailler avec un échantillonnage très hétéroclite de patients

multi défavorisés, à la compliance limitée et au pronostic réservé, qui n'arrêteront sans doute pas de consommer des substances et continueront à présenter des troubles psychiques. Les moyens médicaux à notre disposition sont limités et n'ont pas montré de spécificité reconnue. Nous savons que notre arsenal thérapeutique, efficace tant pour les troubles psychiques que pour les problèmes d'assuétudes analysés isolément, peut également être utile pour ces patients. Nous pouvons également compter sur l'intérêt relatif des traitements intégrés, en tout cas en résidentiel. Les apports des prises en charge psychosociales sur l'évolution psychiatrique et l'usage de substances semblent pour certaines situations, intéressants mais peu durables.

Malgré leurs difficiles réalités de vie, nous attestons dans notre pratique ambulatoire d'une réelle capacité pour nos patients à établir une relation durable à une équipe de soins. Il y a lieu dès lors de poursuivre les études et d'élargir l'évaluation à des compétences plus globales, tant individuelles que relationnelles, communautaires et sociétales et de revoir nos appréciations par rapport à des *a priori* d'autonomisation et d'indépendance nécessaires. Il conviendrait très certainement d'associer nos patients et leur famille à une réflexion sur l'impact de ces prises en charge sur leur confort de vie et leur santé globale. ●

Babel asbl l'Equipe

Service ambulatoire pour toute personne présentant un trouble psychique associé à une consommation de produits.

▶ Rue de l'Hôtel des Monnaies, 67

1060 Bruxelles

☎ 02/ 543.03.43

¹ Voir Bibliographie, p. 48, réf. 10, 11, 12, 26 et 27.

² 36 études randomisées et contrôlées.

³ 45 études dont 22 expérimentales.



Psychoses et assuétudes : un couple infernal¹ ?

Avec l'émergence du concept de « Double Diagnostic », des projets pilotes sont mis en place pour répondre aux nombreuses questions posées par le diagnostic et le traitement de cette problématique. Le service Dédale est un de ceux-là. Né en mars 2003 sur le site Agora du Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, il est subsidié par le Ministère fédéral de la Santé publique. Après 5 ans de fonctionnement, il nous livre un témoignage de son expérience avec et pour *Confluences*.

René Antognini, Infirmier en chef et **Samuel Lebrun**, Criminologue, Dédale
Stéphane Hoyoux, Responsable des psychologues
CHP Liège

Christophe, 36 ans, est adressé à Dédale par son médecin traitant inquiet par ses comportements. L'anamnèse confirme le bien fondé d'une orientation : Christophe présente de nombreux symptômes d'hallucinations visuelles et auditives sur fond de consommation d'alcool et de cannabis, avec comme conséquences, la perte de son logement, de nombreux conflits intra familiaux, des hospitalisations à répétition et un arrêt de son traitement VIH. Le refus de toute médication alimenté par une anosognosie² emporte notre décision : Christophe est attendu au sein de l'unité de soins 2 jours après un entretien préliminaire.

Les 1^{ers} jours d'hospitalisation ne sont pas faciles à vivre pour Christophe. Sensation d'enfermement, fuite des idées, envie de consommation, sentiment de persécution nous font craindre une sortie prématurée... Nous l'encourageons à rester et il s'accroche. Au fil des jours, le patient s'apaise quelque peu, le dialogue, l'observation et un lien de confiance s'installent.

La collaboration et l'observance au traitement sont compliquées. Le délire interprétatif de Christophe freine le travail thérapeutique. Constamment, le patient tente de négocier la diminution de sa médication. Malgré une période d'abstinence, nous constatons la persistance des hallucinations visuelles et auditives. Le diagnostic se confirme et l'annonce du diagnostic de schizophrénie lui est insup-

portable. Au travers de la psycho-éducation, nous tentons de l'aider à mettre des mots sur ce qu'il vit... La phase d'opposition passée, nous remarquons une évolution positive, caractérisée par une lente prise de conscience et l'expression de projets.

Nos actions thérapeutiques combinées à une médication régulière ont permis progressivement de stabiliser ses symptômes et de négocier un contrat thérapeutique : la recherche d'un nouvel appartement, un accompagnement du SPADI (Soins Psychiatriques à Domicile Intégrés) et une consultation psychiatrique mensuelle. En concertation avec les structures du réseau et après des sorties à l'essai, une date de fin d'hospitalisation est fixée. Christophe pourra également bénéficier de l'appui du case manager de Dédale.

Pendant un an, le patient se maintient à l'extérieur sans trop de difficultés. Néanmoins, au fil du temps, une non observance au traitement, une dégradation progressive de sa qualité de vie, une augmentation de sa consommation de cannabis couplées à une réapparition des troubles délirants interprétatifs sont à déplorer. Des tentatives de réhospitalisation sont mises en échec... Nous décidons de lancer une procédure de mise en observation aboutissant à une mesure de maintien de 6 mois.

Ce temps sera mis à profit pour concrétiser une alliance thérapeutique et consolider les acquis de la

1^{ère} hospitalisation et ce malgré le caractère contraignant de la mesure. Un projet de sortie ambitieux est mis en place : retour progressif au sein de son appartement, mise en place d'un réseau afin d'assurer la continuité des soins (SPADI, maison médicale, consultation polyclinique, suivi de sa trithérapie par un hématologue, traitement par neuroleptique dépôt, mise en place d'une gestion de biens, rencontres avec la famille et contact régulier avec le case manager).

Désormais, le patient vit seul. Il a retrouvé une qualité de vie satisfaisante, et ce, depuis 3 ans. Le suivi SPADI a été arrêté en commun accord avec Christophe. Le traitement par neuroleptique dépôt a été converti en prises orales d'antipsychotiques qu'il associe à la prise de sa trithérapie. Il gère sa consommation de cannabis tout en maintenant son abstinence à l'alcool... Des contacts ponctuels avec le service Dédale sont entretenus.

Cette vignette rend compte de l'importance du travail à effectuer avec ce public à vulnérabilités multiples et au style de vie chaotique. Les éléments essentiels dans le traitement intégré des patients à double diagnostic sont : l'observation, la psycho-éducation, un travail de motivation, la prise régulière d'une médication adaptée, une intégration de la famille, un soutien socio-administratif continu, un cadre de travail structuré et une continuité des soins sans cesse renouvelée. Regroupés en 4 thèmes-clés, ceux-ci balisent le travail de l'unité et permettent d'appréhender la réalité clinique quotidienne.

1. Observation et diagnostic

Le processus d'observation et de diagnostic commence lors des entretiens préliminaires. Une fois l'admission effectuée, nous appliquons des échelles d'évaluation afin de déterminer le double diagnostic. Les patients présentant une comorbidité sont souvent renvoyés de services psychiatriques

en centres de soins pour usagers de drogue, sans diagnostic ou traitement approprié.

La prise de substances peut renforcer ou masquer une symptomatologie psychiatrique concomitante. La consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives peut révéler un trouble psychiatrique pour lequel il existait un facteur de prédisposition indépendant. Elle peut aussi exacerber les symptômes d'une psychopathologie associée ou favoriser la rechute de syndrome important. À l'inverse, les malades mentaux peuvent avoir recours aux substances pour apaiser leurs symptômes ou pour contrebalancer les effets secondaires des médicaments et leur sevrage peut constituer une nouvelle source de troubles psychopathologiques. Les troubles de l'addiction peuvent aussi coexister avec un trouble psychiatrique indépendant, comme des entités autonomes.

Il nous incombe donc souvent de commencer par une différenciation des deux problématiques. Lors de l'admission, une hypothèse de travail est posée. Elle sera ensuite vérifiée afin d'aboutir à un diagnostic affiné permettant un traitement adéquat.

2. Un système de phases

Durant les premiers jours d'hospitalisation, toute démarche extérieure suppose un accompagnement. Cette période, d'une dizaine de jours, est mise à profit, au travers de la passation de différents tests, afin de connaître le patient, d'affiner le diagnostic et d'évaluer ses capacités à sortir seul. L'observation y est prépondérante. **Phase 1.**

L'évaluation lors du bilan d'autonomie, combinée à une psycho-éducation spécifique, donne les premiers axes indispensables à l'élaboration réalisable et réalisable du projet. La demande du patient, ses aptitudes à vivre seul, ses capacités à gérer les consommations et à comprendre sa maladie seront autant d'éléments qui l'orienteront vers un projet de vie adapté. **Phase 2.**

Les démarches entreprises après cette étape ont pour objectif la concrétisation d'un projet. **Phase 3.**

Le patient a la possibilité d'accéder à des sorties supplémentaires (en dehors des plages horaires prévues) s'il est abstinente depuis 4 semaines et qu'il est dans la concrétisation de son projet. **Phase 3+.** Si nous n'exigeons pas l'abstinence, l'encourager à travers l'accès à cette phase est un de nos fils conducteurs.

Lors de la fin d'hospitalisation un entretien avec le case manager est programmé. La continuité des soins peut ainsi être assurée. **Phase 4.**

L'approche par phases ponctue l'hospitalisation du patient et constitue une ligne conductrice pour les intervenants. Les phases ne sont pas rigides dans le temps, ce qui permet au patient d'évoluer selon son rythme, ses motivations et les contraintes diverses. Le patient bénéficie d'interventions spécifiques pour chaque phase, celles-ci sont adaptées en fonction de ses besoins individuels.

3. Un modèle de psycho-éducation spécifique

Nous entendons par psycho-éducation, la sensibilisation aux questions de santé mentale et de toxicomanie. Elle vise entre autres à informer les patients et leurs familles sur les conséquences de la consommation de substances, sur la maladie mentale et sur les interactions possibles entre la médication et l'abus de substances. Les personnes qui connaissent leurs problèmes sont mieux en mesure de faire des choix éclairés. Ces renseignements peuvent les aider à faire face à leurs problèmes mais aussi à déterminer ce qu'il faut faire pour les éviter et faciliter le rétablissement. En groupe, les participants discutent des causes de leurs problèmes, de la façon dont ceux-ci pourraient être traités, de la façon de les gérer eux-mêmes (si possible) et des mesures à prendre pour éviter d'autres épisodes.

4. Continuité des soins au travers du « case manager »

Si la philosophie de la continuité et du travail en réseau est l'affaire de tous, le case manager joue un rôle clé dès la fin de l'hospitalisation. C'est lui qui

assure la coordination des multiples partenaires concernés par le patient et la continuité du traitement. Il connaît l'histoire du patient. Il peut interpellier un partenaire ou un proche, mais aussi être interpellé en cas de nécessité. Il active le réseau et organise les rencontres utiles selon la situation. Il met en place un schéma de suivi adapté aux besoins du patient. Il tient à jour une «photo» du réseau fluctuant selon l'évolution de la pathologie. Son travail se révèle d'autant plus intéressant qu'il permet une évaluation du devenir des personnes sorties de l'unité et un feed-back à l'équipe de soins. L'adhésion du patient est indispensable et, dans la majorité des cas, celle-ci est rencontrée.

Pour y arriver, le case manager doit s'impliquer tant dans une bonne connaissance du réseau et de son fonctionnement que dans une évaluation continue de la situation des patients. Un des points essentiels relève de l'engagement de l'intervenant vis-à-vis des usagers. Ce sont eux qui créent les liens et, de là, la continuité des soins. En ce sens, les façons d'être du professionnel sont aussi importantes que ses manières de faire.

Conclusion

L'intérêt du travail d'unités pour patients à double diagnostic semble donc indéniable : le savoir-être et le savoir-faire du personnel permettent d'optimiser les moyens mis à leur disposition ; des protocoles de soins spécifiques peuvent être mis en place ; une sensibilisation du monde de la santé mentale, en hospitalier et en ambulatoire, peut, enfin, être réalisée.

Aujourd'hui, l'équipe du service Dédale développe et diffuse son expertise tout en continuant à affiner sa pratique. Le domaine d'investigation est vaste et en poursuivre l'exploration reste une priorité. ●

Dédale – CHP de Liège

Rue Montagne Ste Walburge, 4A à 4000 Liège

☎ 04/224.62.11

salle122@chp.be - www.chp.be

¹ En référence au colloque organisé sur ce thème par le CHP de Liège, le 11 mai 2007.

² Ignorance ou refus d'admettre la maladie.



Jeu de Loi(e)

L'usage abusif de substances psychotropes est sociologiquement le spectre d'un dysfonctionnement de la société. La drogue est sa pire ennemie et les drogués sont aussi l'objet d'une chasse aux sorcières. En tant que jouisseurs et délinquants, ils rappellent, par leur anomie (sans loi), notre mauvaise conscience morale, le désordre et la désorganisation sociale. C'est ce que l'on entend dans le discours de l'Autre : du Politique, des Médias et du Juridique en tous cas... Les gouvernements nationaux comme les médias et les organisations internationales en dénoncent « le fléau ». Nous pouvons dire que nous sommes tous « accrocs » à la drogue, et ... surtout au discours qu'on en tient !

Stéphan Luisetto,

Master en Santé Publique, Psychanalyste
Président de la Commission « Assuétudes »
de la Région wallonne
Membre de la FÉDITO wallonne
Administrateur IWSM
Directeur de Ellipse

Il y a toujours un incontournable lorsque l'on parle de drogue et il passe par le travail sur les représentations sociales et mentales. Beaucoup de préjugés, de catastrophisme et d'angoisses surgissent. De manière « provocatoire » et d'un point de vue politique, il y aurait lieu de « désintoxiquer » le discours que l'on tient à propos des drogues et des drogués. Pour celles et ceux qui travaillent dans la clinique du toxicomane, c'est-à-dire à la rencontre singulière de ces sujets-là, et au nom du soin, une position « abstinencielle » qui fait l'économie de projections individuelles, morales ou sociales, est une position éthique.

Les politiques se saisissent du phénomène drogue de manière prohibitive depuis toujours. L'interdit est la référence fondamentale la plus répandue ; l'emprisonnement ou l'exécution, des réponses

sociétales qui existent çà et là. L'on conviendra cependant de l'hypocrisie régnante sur le vaste marché du narcotrafic et des planteurs bénéfiques illégaux du commerce de la drogue.

Au-delà du discours...

Pourtant, les drogues sont « consubstantielles » du genre humain (c'est-à-dire qu'elles coexistent avec les hommes). Elles ont toujours existé et depuis que l'homme est homme, il consomme de la drogue ! Et sa dépendance est sa condition d'être humain ; l'autonomie, une utopie sociale et un idéal dont la férocité pour ne pas l'atteindre fait des ravages. Nous ne plaçons pas pour une coercition et une prohibition d'un fait anthropologique (toutes les sociétés, tous les hommes) mais souhaitons plus de compréhension.

À l'heure des « evidence based medicine », beaucoup de toxicomanes nous ont dit avoir trouvé leur produit de prédilection, la drogue, qui leur permet de soulager leur difficulté d'être et d'exister, leur angoisse de vivre. Et les compagnies pharmaceutiques l'ont bien compris en créant les molécules du bonheur (prozac and companies) relayées en cela par un capitalisme sans âme prônant la consommation (tiens!) à tout va ! Jusqu'à la mort du consommateur ! Certains citoyens sont lobotomisés et dépendants de l'industrie des benzodiazépines par manque d'écoute et d'action sociale et économique.

Pour ce qui regarde la société, se droguer semble inadmissible. Pourtant, il y a un symptôme de déliaison indéniable du lien social, un délitement des valeurs de solidarité et de bien-être en société ; une difficulté de vivre qui s'est accrue ces dernières années, une pauvreté alarmante mais aussi des lueurs d'espoir ou d'acceptation (ou de lucide résignation). Aussi, dans le colloque singulier, il y a lieu d'écouter ces sujets qui viennent se plain-

dre de leur attachement pathologique ou morbide à quelqu'un ou à quelque chose. Il s'agit d'une clinique de la rencontre vers une symbolisation possible pour mettre du tiers et analyser la dépendance.

Dépendance et Produit, voire « Non-Produit »

Maintenant, une nouvelle science est née et est enseignée dans l'enseignement supérieur et à l'université, elle se nomme 'addictologie' où nous nous apercevons que nous sommes tous des 'addicts', des 'accrocs', des 'camés'. La psychiatrie ne relève, quant à elle, que la mise en évidence nosographique de comportements faciles à repérer. Nous n'omettrons pas de parler aussi des assuétudes aux drogues licites tel l'alcool (qui est une drogue dure !) et des dépendances aux jeux d'argent, au poker, à l'Internet, aux consoles d'ordinateurs, au Lotto, au pari sur le foot, les courses de chevaux, ...

Il est aussi une assuétude que l'on ne peut que relever avec sourire après avoir épuisé la liste des objets sources de dépendance possible. Après le sexe, le travail et le chocolat, dans la taxonomie des produits, Voici un Nouveau Produit ou plutôt un Non-Produit. C'est ce que l'on appelle les « assuétudes sans drogues », nouvellement mises en avant ! Avouez que cela nous concerne tous ! Comme pour nous rappeler l'inconsistance clinique du « drogué » sauf dans le manuel de psychiatrie DSM4. Et l'inconsistance du « toxicomane » que l'on réduit à ses symptômes pour en saisir la personnalité et valider l'étiquette. D'aucuns de lui donner toutes les consistances et typologies caractéristiques : voleur, violeur, jouisseur, menteur, manipulateur, psychopathe, paumé, martyr, ... que l'on retrouve ailleurs.

Des réponses politiques ?

Pour ce qui concerne notre pays, il est patent de

constater qu'en Belgique, encore fédérale, la question des drogues et des dépendances soit l'objet de plusieurs ministères, de tutelles différentes variant entre la préservation de l'ordre public et la diminution (éradication) des risques sanitaires et sociaux. Nous avons compté à une époque jusqu'à 9 ministres qui devaient répondre de la santé et des drogues en Belgique ; parmi lesquels, bien entendu, les ministères de l'Intérieur et de la Justice qui rappellent la déviance, la transgression ... tout autant que la maladie, le symptôme ou le malaise social.

En Région wallonne, il existe un Décret récent qui soumet toutes les initiatives ambulatoires (c'est-à-dire non résidentielles ou hospitalières) wallonnes appelé « Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes » daté de novembre 2003 et, 6 mois plus tard, un Arrêté du Gouvernement wallon exécutant le dit Décret mais avec des difficultés « hénarques » ! Ou encore, l'Arrêté du Gouvernement wallon de 2005 portant les nominations à la commission consultative wallonne en matières d'assuétudes...

Le Décret est inspiré du courant de Santé publique communautaire pratiqué ailleurs comme au Québec par exemple. Il est la mise en forme juridique d'une expérience de concertation en assuétudes en Région wallonne. Ces expériences de Santé communautaire redonnent leur place citoyenne de décideur, au niveau local, dans les matières qui regardent leur santé, à chaque réseau. Celui-ci définit son diagnostic de santé local, sa politique d'intervention, sa stratégie communautaire, ses actions prioritaires et ses modalités de réponse aux toxicomanies.

La Wallonie est découpée géographiquement en +/- 12 bassins de soins ; et 12 réseaux d'aide et de soins se sont créés et se créent encore... parce qu'il faut le signaler, la législation est très complexe et lente à appliquer. Son découpage géographique peut être critiquable mais il prévaut pour d'autres problématiques sanitaires et sociales en Région wallonne et donc, il fût adopté...

Revoir la copie !

Nous souhaitons vivement la révision de ce Décret car il parcellise l'action publique et donne trop de pouvoir aux grandes villes.

Rappelons aussi que le travail avec les sujets toxicomanes apprend depuis toujours la notion de réseaux et de circuits de prises en charge, et qu'il n'a pas fallu le décréter ! Ces personnes migrant beaucoup, la notion de réseau est ici obsolète ou moins pertinente. Il est impossible de travailler avec ces sujets-là sans en référer à un réseau entendu comme tissu possible de prise en charge !

Or donc, une primauté décrétale est donnée aux deux métropoles que sont Charleroi et Liège où la loi prévoit que la ville pilote organise et donc patronne le réseau. Le critère est le nombre d'habitants plus important (150.000). C'est alors la puissance publique qui dirige et opérationnalise le réseau tandis que les 10 autres bassins ou zones de soins restants sont des réseaux associatifs, constitués au travers de nouvelles ASBL, et donc d'ordre privé.

Il faut signaler que les assuétudes en Région wallonne sont sous financées de manière structurelle et ne concernent que la prise en charge ambulatoire. Le résidentiel et l'hospitalier relèvent de la compétence fédérale.

On est 'parti' en 2003, et avant ce Décret, avec moins d'1 million d'euros pour toute la Wallonie et une trentaine d'équipes inégalement subsidiées ! Avouez que c'est bien faible pour la prise en charge « politique » de la santé de ces sujets souffrant d'assuétudes ! Quant on sait que l'AWIPH absorbe 67% du budget de la Santé et des Affaires sociales wallonnes...

Pour une politique de réseau (des politiques !)

Les réseaux et leur coordination locale coûtent cher et une fédération comme la Fedito, fédération des institutions pour toxicomanes, criait déjà « haro

sur le baudet » quand on souhaitait fractionner les actions et les moyens et décentraliser la décision aux mains de quelques-uns. Surtout que le SPF (Santé Publique Fédéral) finance également des coordinations locales à la compétence quasi identique (via les plates-formes de concertation en santé mentale). Vous avez dit redondance, redoublement, mise en réseau de la décision politique ?

Se pose surtout la question du comment un réseau peut-il octroyer des moyens aux initiatives locales et surtout aux nouvelles initiatives qui se créent en fonction des besoins locaux... Le réseau étant juge et partie dans la décision d'allouer les subsides et, cela, en fonction des moyens disponibles... Certains rapports de force existe(ro)nt !

Fallait-il, pour un si petit pays ou une si petite région, cette politique fractionnée qui dissout l'action publique plutôt qu'elle n'encourage la cohérence, la centralisation auprès d'un ministère de tutelle et de son administration, la facilité décisionnelle, la rapidité a priori d'exécution,...

A opérationnaliser d'urgence !

Savez-vous encore que, depuis 2003, tous les réseaux ne sont pas opérationnels ? Et comme il a fallu débiter, les initiatives locales subséquentes sont la reproduction des premières initiatives agréées...

Le texte de loi précise les statuts des associations à créer... C'est donc que cela est bien complexe, sans parler de l'inertie, la lenteur voire la lourdeur administrative... Pour exemple, plus d'un an est nécessaire à l'agrément d'un réseau en tenant compte des renvois d'ascenseur entre l'administration, la commission d'avis en assuétudes, le cabinet du Ministre de tutelle, le terrain, ... On aurait souhaité des moyens complémentaires aux associations de terrain travaillant avec les bénéficiaires, besoins humains criant de travailleurs psychomédico-sociaux et consolidation, pérennisation des initiatives locales remises, chaque année, en question... ●



Repères et références bibliographiques

1. Abus d'alcool : prévenir sans stigmatiser. Actes du colloque organisé le 16 novembre 2004 par les ASBL Infor-Drogues et Question Santé avec le soutien de la Commission Communautaire Française. In : Bruxelles Santé, n° spécial 2005, 42 p.
2. Accompagner ou contraindre ? In : Psychotropes, n° 12, février 2006
3. Addiction et dépendance. In : Revue Française de Psychanalyse, t. LXVIII, mai 2004
4. Anseau M., Reggers J., Nickels J. et al., Épidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Luxembourg. Luxembourg, Plate forme psychiatrique de la province du Luxembourg, 1999, 23 p.
5. Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Actes du colloque organisé à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003. In : Bruxelles Santé, n° spécial 2004, 81 p.
6. Bertschy G., Pratique des traitements à la Méthadone. Paris, Masson, 1995, 113 p. (coll. Médecine et Psychothérapie)
7. De Leon G., Community as Method : Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings. Westport, Connecticut, Praeger Publishers, 1997, 328 p.
8. De Leon G., The Therapeutic Community : Theory, Model, and Method. New York, Springer Publishing Company, 2000, 472 p.
9. Denis B. et al., Hépatite C et toxicomanie : étude GEMT, résultats préliminaires. In : Revue Française de Gastro-entérologie, 324 (33), 1997, pp. 1130-1135
10. Drake R. E., Mercer-MacFadden C., McHugo G. J. et al., Readings in Dual Diagnosis. Columbia, MD, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1998
11. Drake R. E., Mercer-McFadden C., Mueser K. T. et al., Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. In : Schizophrenia Bulletin, 24(4), 1998, pp. 589-608
12. Drake R. E., O'Neal E. L., Wallach M. A., A Systematic Review of Psychosocial Research on Psychosocial Interventions for People with Co-occurring Severe Mental and Substance Use Disorders. In : Journal of Substance Abuse Treatment, Jan. 2008, 34 (1), pp. 123-138
13. Drogues et cultures. In : Les Cahiers de Prospective Jeunesse, 2000/11, vol. 5, n° 4, 32 p.
14. Hachet P., Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2002, 152 p.
15. Jacques C., Remy C., Swartbroeckx M. et al., Toxicomanie et parentalité. In : Bulletin de liaison ALTO, n° 4, octobre 1997, pp. 3-9
16. Jacques J.-P., Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues. Bruxelles, De Boeck Université, 1999, 256 p. (coll. Oxalis)
17. Jacques J.-P., Figiel Ch. (dirs), Drogues et substitution : traitements et prise en charge du sujet. Bruxelles, De Boeck, 2006, 424 p. (coll. Oxalis)
18. Jamoulle M., Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante : résultats d'une recherche en médecine de famille. In : Psychotropes-RIT, n° 2, 1996, pp. 53-66
19. Jamoulle P., La Débrouille des familles : récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque. Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2002, 230 p. (coll. Oxalis)
20. Jamoulle P., Drogues de rue : récits et styles de vie. Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2000, 239 p. (coll. Oxalis)
21. Jamoulle P., Parents usagers de drogues. Rapport de recherche de l'Atelier parentalité et usages de drogues en Communauté française, septembre 1998, 190 p.
22. Ledoux Y., Remy C., Corten P. et al., Evaluation d'un traitement de substitution : le cas du réseau d'aide aux toxicomanies (RAT) 1989-1993 : premiers résultats. In : Nouvelles de la Science et des Technologies, 11 (4), 1993, pp. 89-98
23. Loas G., Corcos M., Psychopathologie de la personnalité dépendante. Paris, Dunod, 2006, 209 p.
24. Lobos-Wild R., Le Cabinet du médecin généraliste : point de chute et pierre d'achoppement pour les toxicodépendants. In : Revue Médicale de la Suisse Romande, n° 113, 1993, pp. 367-370
25. Le Médecin belge, le patient français et la Méthadone. Brochure Citadelle – Cèdre Bleu, Interreg, 2000
26. Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Préparé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2002, 155 p. Consultable en ligne.
27. Mericle A. A., Alvidrez J., Havassy B. E., Mental Health Provider Perspectives on Co-occurring Substance Use among Severely Mentally Ill Clients. In : Journal of Psychoactive Drugs, Jun. 2007, 39 (2), pp. 173-181
28. Morel A. (dir.), Prévenir les toxicomanies. Paris, Dunod, 2004, 336 p.
29. Nadeau L., Le Processus d'élaboration des lignes directrices pour de meilleures pratiques : l'exemple des troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie. In : Santé mentale au Québec, 28(1), 2003, pp. 37-53
30. Padiou R., Beaugé F., Choquet M. et al., Dépendance et conduites de consommation. Editions INSERM, 1997, 243 p.
31. Parrino M. W., State Methadone Treatment Guidelines. U.S., Department of Health and Human Services, 1992 (Traduction française : Traitement à la Méthadone. Genève, Médecine et Hygiène, 1994)
32. Pelc I., Les Assuétudes. Bruxelles, Université de Bruxelles, 2002, 312 p.
33. La Personne toxicomane et ses enfants : agir au cœur de la relation. Journée d'études organisée par l'asbl Trem-poline, le 9 décembre 2005. Cahier Labiso, n° 56, 2006
34. Picard E., Reisinger M., Tafforau J. et al., SIDA et toxicomanie en médecine générale. In : Revue de la Médecine Générale, n° 141, mars 1997, pp. 28-35
35. La Politique des drogues en chiffres : une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes. Gent, Academia Press, 2004, 499 p. (Série Problèmes Actuels de Cohésion Sociale)
36. Prévention des assuétudes. In : L'Observatoire, n° 51/52, février 2007, pp. 21-156
37. Psychose et toxicomanies. In : Santé mentale, n° 70, septembre 2002, pp. 15-62
38. Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie. In : Education du Patient et Enjeux de Santé, vol. 22, n° 1, 2004, pp. 15-18
39. Silva Marques M., Oliveira I., Alcoolisme et déficience sociale : vers une approche théorique et méthodologique. Paris, L'Harmattan, 2007, 179 p.
40. Tiet Q. Q., Mausbach B., Treatments for Patients with Dual Diagnosis : A Review. In : Alcoholism Clinical and Experimental Research, vol. 31, n° 4, April 2007, 24 p. Consultable en ligne.
41. Toxicomanie et parentalité. Bruxelles, Fonds Houtman, 1996, 108 p.
42. Les Traitements de substitution à la drogue : état de la question, encadrement psycho-médico-social, pistes de réflexion, mise en garde. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 1993, 142 p.
43. Usage de drogues, des professionnels vous en parlent : pratiques partagées autour des assuétudes. Tournai, Citadelle ASBL – Réseau d'aide en toxicomanie, 2006, 142 p.
44. Usages de drogues en Communauté française : des tendances marquantes qui se dégagent - www.eurotox.org/eurotox_A3.pdf
45. Valleur M., Matysiak J.-C., Les Addictions. dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique. Paris, Armand Colin, 2002, 272 p.
46. Valleur M., Matysiak J.-C., Sexe, passion et jeux vidéo : les nouvelles formes d'addiction. Paris, Flammarion, 2003, 283 p.
47. Warren J. I., Stein J. A., Grella C. E., Role of Social Support and Self-efficacy in Treatment outcomes among Clients with Co-occurring Disorders. In : Drug and Alcohol Dependence, Jul. 2007, 89 (2-3), pp. 267-274
48. Watts M., Management of Severe Mental Illness and Substance Misuse. In : Nurs Times, Apr. 2007, 103(14), pp. 28-29

In-folio

Centre de documentation - IWSM
081/23.50.12 - in.folio@iwsmb.be



Institut Wallon pour la Santé Mentale

L'ÉQUIPE :

Direction Christiane Bontemps **Coordination des projets** Isabelle Deliège, Christine Gosselin, Sylvie Maddison, Pascal Minotte, Marie Viaene **Documentation** Delphine Doucet **Communication** Sylvie Gérard **Accueil, secrétariat, logistique** Françoise André, Séverine Dupont, Muriel Genette.

LES ADMINISTRATEURS :

● J.-M. Bienkowski - Psytoyens - Concertation des usagers en Wallonie ● C. Brilot - PFC de la province du Luxembourg ● G. Debacker - PFC Picarde ● F. Dumont - AEPS (Association des Établissements Publics de Soins) ● J.-P. Evlard - LWSM (Ligue Wallonne pour la Santé Mentale) ● M. Fierens - LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) ● L. Leroy - FCPF-FPS (Fédération des Centres de Planning familial des F.P.S.) ● B. Jacob - LWSM ● G. Jonard - Groupement des hôpitaux de jour psychiatriques ● A. Kupperberg - (AFIS Association Francophone d'Institutions de Santé) ● F. Lange - LWSM ● T. Lottin - Cobéprivé (Confédération belge des établissements privés de soins de santé) ● S. Luisetto - Fédito wallonne (Fédération des intervenants en toxicomanie en Région wallonne) ● C. Nigot - AT SMA (Association des Travaillleurs de Santé Mentale Ambulatoire) ● M. Minet - Fédération des équipes SOS ● G. Paulus - Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire ● A. Sansterre - PFC du Brabant wallon ● R. Sterck - PFC du Centre et Charleroi ● M. Thiteux - FSPST (Fédération des Structures Psycho - Socio - Thérapeutiques) ● F. Turine - LWSM ● M. Valfer - APOSSM (Association des Pouvoirs Organisateur de SSM en Wallonie) ● P. Vandergraesens - FFIHP (Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées) ● M. Vandervelden - FIH (Fédération des Institutions Hospitalières) ● T. Wathelet - Fédération wallonne des Maisons médicales. ●

CONFLUENCES :

«Confluences» est la revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Elle s'adresse à tous ceux qui y interagissent et, au-delà, à tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé mentale.

Trois fois par an «Confluences» propose un dossier thématique et donne un écho de l'actualité dans le secteur, en Wallonie ou ailleurs.

Les colonnes de «Confluences» vous sont ouvertes pour partager votre expérience, témoigner de votre pratique, donner une information, soulever une question,... Et susciter le débat.

Vos propositions à confluences@iwsmb.be.

- ▶ Les articles publiés dans «Confluences» n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
- ▶ Les textes non signés sont rédigés par les membres de l'équipe de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
- ▶ Les textes parus dans «Confluences» peuvent être reproduits avec l'accord préalable de l'IWSM moyennant mention de la source.

CONDITIONS D'ABONNEMENT :

- ▶ 25 € pour l'abonnement "standard" (3 nos par an).
- ▶ 40 € pour l'abonnement "plus" qui vous donne, en outre, accès aux informations qui circulent au sein de l'association.
- ▶ 75 € pour l'abonnement "de soutien", si vous êtes prêts, en plus, à encourager le projet associatif.
- ▶ Conditions spéciales pour les affiliés des membres de l'Institut.

L'abonnement prend cours dès réception du paiement au compte n° 068-2330070-60 de l'IWSM.

Merci d'indiquer sur votre bulletin de versement votre nom, vos coordonnées et la mention «Confluences».

Renseignements :

IWSM : ☎ 081/ 23 50 15 - iwsmb@iwsmb.be

A découvrir aussi, nos articles en ligne sur : www.iwsmb.be

LES RENDEZ-VOUS DE CONFLUENCES :

Envie d'en savoir plus ? D'approfondir la réflexion d'un dossier ? D'interpeller un auteur ?

«**Les rendez-vous de Confluences**» vous invitent, dans la foulée de la publication, à rencontrer les auteurs du dossier et à échanger, de vive voix, vos approches, vos points de vue, vos expériences...

Une rencontre conviviale pour mieux se connaître et poursuivre, ensemble, une réflexion en santé mentale.

Renseignements : ☎ 081/ 23 50 15 - iwsmb@iwsmb.be



INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl

est un organisme d'information, de recherche et de réflexion en santé mentale. Il bénéficie du soutien du Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances et du Ministre de l'Emploi et de la Formation de la Région wallonne.



Paul Duhem, Centre La Pommeraye



Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl
Rue Henri Lemaître, 78 - B 5000 Namur - Belgique
☎ +32(0)81 23 50 15 - 📠 +32(0)81 23 50 16
confluences@iwsm.be - iwsm@iwsm.be
www.iwsm.be