

TRAITEMENT ET RÉINSERTION DES PERSONNES DÉPENDANTES ; LA QUESTION DU « ENTRE-ENTRE »

Bruno Boudier, directeur de la Fondation Bartimée, Grandson

Les exigences posées par les protocoles et les différentes mesures de réinsertion se heurtent à la réalité des personnes dépendantes, pour lesquelles l'autonomie reste toute relative. Une gageure pour les soignants, pour qui le travail de réhabilitation se confronte à des limites éthiques. (réd.)

La Fondation Bartimée, spécialisée dans le traitement et la réinsertion de personnes toxicodépendantes s'est dotée d'une structure intermédiaire, Etex¹, alternative à la prise en charge résidentielle qui n'a cessé de se développer ces dernières années. Etex a pour but de répondre aux besoins identifiés des personnes stabilisées, en développant leurs compétences sociales et citoyennes en milieu urbain.

La prise en charge en Etex est ouverte aux résidents ayant terminé leurs étapes résidentielles et porteurs d'un projet lié à la réhabilitation sociale² et/ou d'insertion socioprofessionnelle. Une équipe socioéducative (3 ETP) assure la prise en charge en réseau, coordonnée avec les suivis médicaux, psychothérapeutiques et les mesures d'insertion.

Des appartements supervisés par un accompagnement éducatif sur le lieu de vie et un mode de vie compatible avec les règles de bon voisinage sont proposés comme cadre de prise en charge³. L'équipe Etex utilise dans sa pratique quotidienne les outils d'accompagnement individuel et groupal, dans la continuité de la prise en charge effectuée en étape résidentielle.

Dans leur pratique au quotidien, les référents du résidentiel et d'Etex constatent un écueil lié aux effets de seuil de la prise en charge. En effet, une certaine contenance et sécurité du résidentiel peuvent s'estomper en Etex, remplacées par des sentiments de solitude teintés d'abandon chez des personnes pourtant motivées et préparées à ce saut extra muros. Bien entendu, les rechutes font partie de la maladie de la dépendance ; il ne s'agit pas ici de les stigmatiser mais de reconnaître que les consommations épisodiques de toxiques font partie des passages typiques d'un traitement résidentiel ou postcure. Leur gestion est souvent plus efficace et plus rapide quand les référents au long court restent dans la course⁴.

La sortie d'Etex pour un passage ou un retour en suivi ambulatoire peut s'avérer être un véritable seuil qu'il n'est pas toujours raisonnable de franchir, au vu des conséquences des rechutes pour certains résidents. Ce seuil met en exergue le problème épineux de la séparation et de la perte d'appartenance à une communauté thérapeutique sécurisante. La famille ou le cadre affectif, déjà très éprouvé ou ténu, n'est pas en mesure de proposer un cadre suffisamment contenant. Pour certains, la sortie définitive s'avère fortement anxiogène, et des sentiments massifs d'abandon font symptômes chez des personnalités fragiles ou flottantes.

Comment continuer à encourager les résidents à prendre plus d'autonomie ? Est-ce une question adéquate en regard de notre questionnement qui devient au fil des années plus précis ? Existe-t-il des critères qui contraindraient une sortie d'institution et qui justifieraient d'un suivi au long cours ? Pour certains, ne serait-il pas plus raisonnable de s'orienter vers un suivi en appartement supervisé à très long terme qui puisse amortir les décompensations cycliques et des rechutes prévisibles ?

Insérer ou garantir une réinsertion acceptable socialement reste une mission dont les prestations n'ont pas montré leur efficacité ou leur réalisme avec nombre de personnes dépendantes. Sur la population ayant bénéficié des programmes de réinsertion mis en œuvre lors de leur thérapie à Bartimée ; 40 % ont retrouvé un statut professionnel avec des périodes d'inactivité fréquentes et soutenues par un suivi ambulatoire au long court de Bartimée ou/et avec d'autres setting thérapeutiques⁵.

Pour les 60 % restants, un retour au travail ou à une affiliation socioprofessionnelle stable et reconnue ne leur est pas accessible : il faut bien se défaire de cette « image d'Épinal » rassurante de la réinsertion après la rue et admettre que les objectifs liés des politiques sociales sont parfois bien déconnectés de la réalité pour nombre de personnes dépendantes même stabilisées dans leurs addictions.

1 Etex (Etape extérieure) : onze appartements supervisés (trois appartements de trois places, huit studios), situés à Yverdon-les-Bains et alentours accueillent jusqu'à dix-huit personnes.

2 Les baux des appartements sont signés par la Fondation Bartimée qui sous-louent aux résidents.

3 Contrats renouvelables tous les six mois.

4 Article revue *Dépendances* no 47, novembre 2012.

5 UPA : Unité psychiatrique Ambulatoire du Nord-vaudois ou médecins privés

Nous peinons à admettre que, parmi ceux trop fragilisés, qui ne peuvent prétendre à une activité professionnelle ou à un engagement bénévole, certains arrivent à éprouver de la satisfaction avec le niveau de vie que le RI⁶ leur offre. « Pour moi, vivre avec mon RI et promener mon chien au bord du lac chaque jour sans faillir est la motivation de ma vie », témoigne une personne à son admission, affirmant son refus de retravailler, non par paresse, mais par conscience qu'il n'est pas/plus apte à faire face à tout stress lié à un emploi.

MYTHE DE L'ALLER-RETOUR AU TRAVAIL POUR TOUS

Les conditions pour une personne sortant du résidentiel conventionnel stipulent que son addiction soit stabilisée et qu'un projet de réinsertion professionnelle ou de vie soit mobilisable.

Retravailler, s'intégrer dans le monde productif n'est pas forcément un horizon porteur pour ces personnes. Le chemin des dépendants est souvent marqué par des ruptures professionnelles et de désaffiliation cruelle dont les conséquences peuvent s'apparenter à de véritables séquelles fonctionnelles : les phobies sociales sont difficiles à diagnostiquer car elles se subordonnent à d'autres difficultés (honte, sentiments d'être stigmatisé, idées de concernement) plus ou moins clairement rattachées à des comorbidités, mais très invalidantes.

Reprendre alors une activité professionnelle tout en s'attendant à ce que la prochaine rechute provoque très probablement un licenciement pour absentéisme ou pour comportement illicite reste pour une personne dépendante, même en phase de rémission et avertie, peu engageant et probablement démotivant avant l'heure.

TOXIQUES ET RÉACTIVATION SOCIALE : DU KÉROSÈNE DANS LE MOTEUR !

L'institution se trouve confrontée à la généralisation de la cocaïne sur le marché des drogues. Ce toxique modifie les attentes des résidents envers la prise en charge et génère des demandes paradoxales ; ils espèrent pourvoir être stimulés comme avec la cocaïne et rester « en alerte », mais demandent aussi à être protégés du danger de désinsertion consécutif à leur dépendance à la stimulation. Les orientations de la Fondation illustrent actuellement ce dilemme ; réactiver des habiletés sociales et professionnelles chez les dépendants les met sur stress et remet en cause l'ancrage et l'espace contenant que l'institution garantit. Toute réactivation sociale induit un effet stimulant qui accroît les performances, mais également les productions anxieuses, et par conséquence les impulsions toxiques.



Il est nécessaire de déterminer les priorités dans le cadre de prise en charge ; protéger et diminuer les stimulations anxieuses ou répondre aux besoins et prescriptions des financements publics de réinsertion de personnes, même si ces dernières ne réunissent pas les compétences minimales à cet égard.

SÉPARATION ET ABANDON / APPARTENANCES ET STABILITÉ : L'AUTONOMIE À RISQUES

Les personnes dépendantes stabilisées gardent une fragilité constitutionnelle de par leur structure psychologique : difficultés relationnelles, liens sociaux ténus, anxiétés envahissantes constituent des facteurs de risque à la décompensation. Les ruptures de rythme dans leur vie quotidienne annoncent bien souvent une décompensation et des rechutes de façon quasisystématique : une prise en charge globale tend à améliorer les seuils de réaction au stress et à limiter ainsi les ruptures, génératrices d'échecs. Les stratégies d'accompagnement doivent viser à élaborer des pistes post-institutionnelles quand des personnes au bénéfice du RI ne montrent pas de capacités à se réinsérer. Il est éthiquement très discuté que ces dernières doivent sortir de l'institution car elles ne correspondent plus à la clientèle cible.

Pour d'autres, une sortie vécue comme une séparation non souhaitée représente un danger de retour à la rue et à ses pièges : 60 % de ces personnes montrent pourtant une stabilité dans leur programme quotidien et entretiennent des liens réguliers avec leurs référents et leurs thérapeutes. En parallèle, quelques heures d'ateliers structurent leur temps, donnent du sens et de la satisfaction à leur existence. Il est alors prudent et pragmatique de considérer que pour ces personnes, un départ n'est pas raisonnable de par le risque de désaffiliation rapide lié à leurs handicaps sociaux spécifiques. Vivre à long terme dans les appartements d'Etex n'est pas prévu dans le cadre d'accueil actuel, défini avec les organes décisionnaires et financiers du canton, bien que l'on puisse sans trop de risque postuler l'intérêt économique de telles mesures sur le long terme.

La rigueur des règles de vie en résidentiel provoque parfois des mouvements de rejet mais elle permet aux personnes stabilisées de profiter de repères dans un cadre contenant qui les sécurise. Les possibilités d'accompagnement permettent aux personnes stabilisées dans leur addiction de reprendre pied et une certaine maîtrise de leur existence. Avec un accompagnement au long cours, ils démontrent une fonctionnalité pleinement adaptée : ils vivent en respectant leur budget mensuel (normes RI) et les consommations de substances restent sporadiques. Ils s'activent en ateliers occupationnels ou par le biais de mesures d'insertions ou parfois par un travail saisonnier. C'est cela leur stabilité ! Organiser une fin de séjour aboutit alors à risquer une remise en cause de cette fonctionnalité.

Dans « La lutte des places »⁷, De Gauléjac définit l'intégration en faisant référence à trois dimensions principales :

- économique car liée à la capacité de gain d'une personne,
- sociale par le tissage de ses liens sociaux,
- symbolique définie par des normes et des valeurs définissant les places sociales de chacun.

Pour les personnes dépendantes, ces trois dimensions sont souvent confuses voire amputées : les prises en charge sous forme d'accompagnement éducatif tendent à les reconstruire mais restent fragiles. Les valeurs liées à l'intégration correspondent aux personnes intégrées.

L'idée d'une limitation des ressources d'adaptation de la personne prise en charge paraît peu admissible pour nombre de professionnels. Accepter cette réalité revient-il à reconnaître les limites de notre outillage de professionnel, nos limites personnelles, voire à renoncer à notre toute puissance en tant que soignant ?

Il en va donc de notre responsabilité de soignant ou d'accompagnant social de considérer l'anxiété d'une personne suivie face à son autonomie, comme un déclencheur de rechutes massives et de désocialisation, et dont le coût humain et sociosanitaire lié à la gestion de l'échec du traitement, doit en conséquence remettre en question cette « si bonne maîtrise » du concept d'autonomie.

Il faut craindre, par là même, que notre mission soit l'acquisition de moyens d'autonomie coûte que coûte, censée correspondre à l'image de notre société et de sa fuite en avant vers la hausse de la productivité et de son inflation sans fin.

Admettre que le développement des habiletés sociales peut plafonner dans une prise en charge peut paraître morbide et dépressif pour des référents au long cours. Une limitation des objectifs liés à l'autonomie peut représenter un frein à la réalisation de leur mission à réhabiliter.

Assister à l'arrêt de la potentialité d'évolution, ou même à l'involution de l'autonomie chez une personne dépendante peut être vécu comme insupportable pour des professionnels investis et confrontés à leur impuissance.

LA THÉORIE DU MOINDRE MAL

Accepter qu'une personne suivie reste en soins parce que c'est l'option la plus raisonnable peut être vécu comme du rétentionnisme institutionnel, ou de l'appropriation thérapeutique, vieilles rengaines de suspicion chronique des institutions soupçonnées de privilégier leur taux de remplissage au détriment du principe de développement de l'autonomie individuelle. Il semble compliqué de consentir que les dégâts seront moindres en aménageant une prise en charge de résident à long terme plutôt que de risquer un échec programmé avec ses coûts sociaux et financiers dans la décompensation d'une rechute : n'est-il pas dangereux de vouloir le bien de l'autre en se passant de sa motivation ? Peut-on accepter que l'aide sociale admette la nécessité d'un compromis reconnaissant aux résidents le pis-aller de consommer des toxiques tout en conservant leur dignité ?

LE PARADOXE DU TRAITEMENT DE MÉTHADONE ET DE LA SORTIE DE DÉPENDANCE

Dans l'histoire naturelle d'une dépendance, il est compréhensible que le traitement de méthadone, après une phase de stabilisation, soit vécu « comme un fil à la patte » qui accroche la personne en rémission. Un traitement contraignant et ressenti comme stigmatisant. Des protocoles de dégression prudents préviennent des risques de rechute lorsque les concentrations avoisinent un dosage minimum : les sevrages de méthadone en institution, même très contrôlés, ont un taux d'échec important surtout quand ils sont associés à un projet de sortie définitive à l'issue du dit sevrage. La clinique nous dissuade régulièrement de ce genre de processus magique. Pour certains patients, les conséquences peuvent être douloureuses humainement et socialement.

Les prises de risque comme les overdoses, les infections virales lors des rechutes paraissent minimisées par les personnes dépendantes et craintes par les professionnels, eux, trop habitués aux échecs et qui voient dans ce dessein, non pas une démonstration de motivation à l'autonomie, mais plutôt un risque important de décrochage du patient à ses traitements. Apparaît alors un conflit éthique difficile à négocier pour un professionnel vu les conséquences possibles à refuser une dégression de méthadone et risquer un *drop out*. Si nous n'y voyons pas forcément une preuve de motivation à exercer leur droit de choix thérapeutique, peut-être restons-nous désemparés à justifier nos doutes face à une personne dépendante qui tente de s'extraire de ce « carcan médicamenteux », sans doute contraignant, mais dont elle perd de vue les avantages ?

⁷ Vincent de Gauléjac et coll., La Lutte des places, RFC Connaissances, collection hommes et perspectives, EPI.

La question vient naturellement concernant une véritable indication d'un arrêt de cure de méthadone : finalement, existe-t-il encore des indications à l'arrêt de la méthadone ? Le respect de la demande du patient sous méthadone est certes prioritaire. Cependant, si le critère d'accompagnement pour une maladie chronique est de permettre une vie plus sûre au niveau de l'autonomie et la stabilité biopsychosociale, ne serait-il pas plus raisonnable de conseiller le traitement de méthadone à très long terme ? Quelqu'un y croit-il encore ? Le dernier colloque TDO⁸ n'en a aucunement fait mention : cela suggère-t-il que la rémission est à apprécier et la rechute inévitable ? Si les personnes dépendantes sont motivées à arrêter la méthadone, cette stratégie d'évitement de la réalité peut s'avérer dangereuse et nécessite de ce fait un accompagnement sécurisé, contraignant et coûteux en encadrement.

DÉSENDETTEMENT ET REPRISE DE SON INDÉPENDANCE FINANCIÈRE : LA DOUBLE PEINE

Le retour à une vie économiquement autonome amène ces personnes en réinsertion à devoir se laisser rattraper par « les cornes de brume » des avis de poursuite et les « sirènes » du désendettement : pour certain d'entre eux, « ne plus rien devoir à qui que ce soit » représente une valeur de rédemption sociale après la sortie d'un épisode de vie dans la dépendance active. Beaucoup restent cependant confus devant cette cruelle contrainte qu'est le désendettement, accessible finalement que pour peu d'entre eux. Il arrive qu'un héritage provoque rechutes et retour à la rue après la fête, dès lors, il ne reste plus rien à dépenser, juste la culpabilité à affronter.

Il est bien difficile pour un ancien résident de réapprendre à gérer son assurance maladie après des années d'assistanat par le service social d'une institution. Pour les plus convaincus de leur responsabilité, un réapprentissage par étapes reste incontournable et nécessite des procédures prudentes. Le système peut alors se révéler chronicisant car il n'encourage pas, voire dissuade, les personnes à reprendre leur autonomie financière. Pour les professionnels encadrant les plus téméraires, l'enjeu consiste à entreprendre ce genre de protocole qui peut favoriser l'indication d'une curatelle plutôt qu'une autonomie financière !

L'ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS DE TYPE PALLIATIF ? LE RAISONNABLE

Pour conclure, des alternatives qui considèrent le besoin de ces dépendants au long cours doivent être mises en œuvre. Des structures intermédiaires entre le résidentiel et l'ambulatoire pourraient amortir les conséquences des décompensations addictives ou psychiatriques.

Il est actuellement raisonnable de penser que pour certains profils de personnes dépendantes, une rémission avec un retour en milieu autonome ne constituerait pas une solution stable et s'avérerait même dangereuse. La possibilité pour ces personnes de bénéficier d'un accompagnement au long cours en appartement supervisé semble plus adaptée. Le sens de la mission de réinsertion s'oriente plutôt dans le domaine de l'accompagnement de type palliatif pour des personnes reconnues dans leur besoin d'être encadrées, ne trouvant pas les compétences d'assurer leur sécurité à long terme.


Nous devons convenir que s'il existe des aventuriers au goût d'indépendance fort, il existe aussi des personnes pour qui la notion d'autonomie reste inaccessible et phobogène, pour qui la sortie d'un système de soins cohérents ne représente pas un projet raisonnable.

Courriel:

bboudier@fondation-bartimee.ch

Merci à Mme Gaillard et M. Neu pour la rigueur de leurs pensées.

Formation
continue



Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

DAS en art-thérapie
Début de la formation : septembre 2013
Cheffe de projet : Déa Evéquoz

DAS en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale
Début de la formation : automne 2013
Chef de projet : Xavier Pitteloud

CAS de médiatrice et médiateur culturel
Début de la formation : octobre 2013
Chef-fe-s de projet : Claudia della Croce et Yuri Tironi

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10
formation.continue@eesp.ch

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud