

Une expérience de réduction des risques dans le secteur résidentiel

Michel Gallay, directeur, Jean-Daniel Raboud, responsable socio-pédagogique, Foyer André, La Côte-aux-Fées

(réd.) Prendre en charge des personnes dépendantes dans un cadre résidentiel en appliquant une approche de réduction des risques, voilà le défi dans lequel s'est engagé le Foyer André de la Côte-aux-Fées.

La question de l'abstinence perd alors de son importance au profit d'objectifs de stabilisation et de réinsertion sociale.

Relation d'une expérience avec ses problèmes et ses questions.

La politique suisse en matière de toxicomanie dite des quatre piliers mise en place par la Confédération depuis 1997 a prévu avec un certain réalisme d'aborder la toxicomanie par le biais de la réduction des risques et l'aide à la survie. Cette offre "bas seuil" comprend la remise des seringues, des lieux d'accueil et des salles d'injection, ainsi que diverses possibilités en matière de logement et de travail pour des toxicomanes ayant besoin d'être assistés pendant leur phase de dépendance à haut risque.

En moins de trois ans est apparue une population de toxicomanes largement désinsérés, incapables de se prendre en charge socialement, naufragés économiques, dans un état sanitaire compromis et présentant des troubles du comportement caractérisés qu'il n'était plus possible d'ignorer.

Eux-mêmes en danger permanent, ils ont mis en échec la quasi-totalité des structures d'aide, qu'elles soient thérapeutiques, médicales, psychiatriques, voire pénitentiaires.

Par conséquent, certains penseront que nous nous trouvons en face du profil-type d'un candidat à la prescription médicale d'héroïne. Malheureusement à ce stade, la prescription d'héroïne ne réduirait que très partiellement certains risques.

Est-ce depuis la disparition des scènes ouvertes que nous constatons pareil phénomène, ou assistons-nous à l'émergence d'une population toxicomane en voie de psychiatrisation?

Toujours est-il que ces personnes "*brûlent une à une les ressources de soins et les ressources sociales; elles ne peuvent donc être laissées à elles-mêmes en rai-*

son des risques qu'elles encourent et qu'elles font encourir à leur entourage"¹. Nous sommes confrontés à un défi que ni la psychiatrie, ni les lieux de contention ne sont à même de relever seuls.

En présence ici d'un phénomène pas nécessairement nouveau de toxicodépendance réactive, celui-ci exige une approche novatrice et pluridisciplinaire de la toxicomanie.

Nous nous trouvons devant une nouvelle équation qui permet d'une part de protéger et d'intégrer un certain nombre de toxicomanes par une politique de réduction des risques; mais nous assistons d'autre part à une réorganisation systémique de la société et des toxicomanes, qu'on ne maîtrise pas vraiment.

Autant dire que l'expérience menée depuis 3 ans et demi au Foyer André à la Côte-aux-Fées (NE) s'inscrit véritablement dans une perspective réflexive, dont le modèle de référence, une fois n'est pas coutume, s'inspire de la Parabole du Fils prodigue, avec en particulier l'attitude du Père dans sa relation totalement ouverte et désintéressée avec le Fils prodigue.

Nous allons voir comment un tel modèle trouve son application dans l'approche résidentielle de la réduction des risques.

Expérience conceptuelle

Il aura fallu un long cheminement dans l'accompagnement de personnes atteintes d'une dépendance chronique à l'alcool pour que l'instigateur du Foyer André conceptualise une prise en charge médico-pédagogique appropriée de toxico-

manes, dont "l'isolement psychosocial est la base de leur désinsertion sociale, médicale et professionnelle"³.

Partant de l'hypothèse que la plupart des institutions pour toxicomanes visent la réinsertion complète de la personne dépendante par la réhabilitation et l'abstinence, force a été de constater qu'une partie non-négligeable de toxicodépendants venait grossir les rangs des drop-out, et que d'autres, encore plus nombreux, n'avaient plus les ressources minimales d'institutionnalisation et de socialisation. D'où la pertinence d'une prise en charge de toxicomanes "présentant une inadaptation avérée à la majorité des programmes proposés, y compris de prescription de méthadone, voire d'héroïne"³.

Le Foyer André donne une réponse réaliste aux conclusions de l'OFSP stipulant qu'"il est devenu indispensable de créer des programmes thérapeutiques aux structures flexibles, laissant une certaine liberté individuelle de choix et d'aménagement"².

L'accessibilité de la prise en charge permet d'accepter des personnes soumises au régime de privation de liberté à des fins d'assistance, art. 397 a et ss CCS, de même que des cas pénaux, art. 43 et 44 CPS. Il faut en outre savoir que la majorité de la population résidentielle du foyer présente des symptômes de comorbidité, nécessitant un suivi médical relativement important. Le concepteur d'un tel accompagnement suggère de faire l'expérience avec risque calculé de "rejoindre la personne qui fait preuve d'une motivation minimale... considérant que le travail sur la rechute et la consommation fait partie de la prise en charge"³.

Evolution de la prise en charge

Si l'énoncé est toujours d'actualité, nous nous sommes rendu compte, après 3 ans d'expérience, de la difficulté majeure de faire aboutir un sevrage méthadone, avec l'augmentation des risques d'overdoses en fin de sevrage par exemple. Il n'a donc pas été évident d'admettre que la prescription à long terme de méthadone faisait partie d'une évolution plus ou moins prévisible de la prise en charge, et que le sevrage n'était plus dans l'ordre des priorités définies à l'origine.

Cette constatation s'est faite parallèlement à l'émergence massive de pathologies psychiatriques plus ou moins lourdes. Dès lors, se posait avec toujours

plus d'acuité la question de l'indication médicale, provoquant autant les responsables du Foyer André que les services sociaux, médicaux et autres structures ambulatoires à s'investir dans une indication de placement.

Malgré le développement d'un travail de réseau intensif, il n'a pas toujours été possible d'échapper au "syndrome de la patate chaude", avec ses inévitables erreurs d'aiguillage. Si celles-ci ne sont que rarement contestées par les services placeurs, pour cause de solution salubre et d'indication subjective, il n'en va pas toujours de même pour le Foyer André qui se retrouve parfois à court de ressources humaines et médicales, ce dernier faisant les frais de se situer occasionnellement en bout de chaîne thérapeutique.

Avec une proportion croissante de résidents présentant un profil borderline, psychotique et autre double diagnostic, et qui plus est, en traitement méthadone, il était de moins en moins question de procéder à des sevrages systématiques.

Avec les interventions régulières de deux médecins-consultants et la consolidation du secteur médical par des infirmiers(ères) en psychiatrie, la médicalisation du Foyer André est devenue un état de fait, reléguant les indications au sevrage à des préoccupations s'inscrivant sur le long terme.

Pouvons-nous pour autant dire que le foyer a fait sa mue "psy" sous la forme subversive de l'inversion des priorités entre le pédagogique et le psychologique? La réponse est évidemment négative, l'institution ne voulant et ne pouvant pas se substituer à l'hôpital psychiatrique.

Pourtant, la gestion des pathologies plus ou moins lourdes par les seuls moyens pédagogiques a rapidement montré ses limites, de même que l'accompagnement psycho-médical ne peut à lui seul fournir une solution durable au maintien de la qualité de vie des résidents.

Si l'on considère l'équilibre entre secteur pédagogique (y compris socioprofessionnel) et secteur médical, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il est labile et asymétrique.

Cet équilibre instable n'est peut-être pas innocent dans un contexte où il y a risque d'emprise du médical sur le pédagogique; mais n'anticipons pas sur l'avenir, même si la prescription d'héroïne procède de la même tendance.

Ayant compris qu'il n'y a, à proprement parler, pas de possibilité de prescription d'abstinence (sur ordonnance!)⁴, les pro-

tagonistes du Foyer André conçoivent leur rôle comme participant d'un processus de neutralisation des risques, ce qui peut paraître très "suisse", mais qui n'en est pas moins une alternative possible et crédible à la prescription d'héroïne.

L'augmentation arithmétique d'une population toxicodépendante "dévitalisée" aux drogues de substitution ne signifie pas la mise au rancart de celles et ceux qui ne croient plus en un quelconque espace de liberté, hors celui du produit.

Dès son admission, plutôt que de plancher sur un programme de sevrage, comme ce fut le cas au début, l'équipe médicale se penche sur les indications d'opportunité de sevrage, comportant notamment le dosage de la méta (méthadonémie) et la négociation d'objectifs (pas nécessairement) atteignables, dont parfois l'abstinence (10 - 20%).

Une nouvelle qualité de vie

Les premiers effets positifs sont perceptibles en termes de réduction des risques (psychologiques, physiologiques, sanitaires), de stabilisation, de démarginalisation. Il y a immédiatement gain en qualité de vie, et diminution partielle, voire un arrêt de la consommation de stupéfiants; cette diminution est alors interprétée dans une approche de gestion du produit et dans une perspective de non-exclusion en cas de consommation. Consciente du risque de relativiser la consommation, l'équipe d'encadrement doit fortement faire appel à l'interdisciplinarité pour objectiver chaque situation et pour tenter de la faire évoluer positivement.

Dans ce même contexte de prise en charge, on peut assister, dans le meilleur des cas, à une démarche d'abstinence avec une réinsertion socioprofessionnelle à la clé mais, dans la majorité des situations, on constatera une stabilisation et une maintenance de la qualité de vie avec consommation contrôlée de produits psycho-actifs. Cette catégorie de personnes stabilisées trouve de nouveaux repères (horaires - repas - travail) favorisant une resocialisation progressive au travers du vecteur communautaire du foyer. Il faut entre 6 et 12 mois pour déterminer les potentialités respectives, souvent complexifiées par la couverture antipsychotique de la méthadone, avec la résurgence caractéristique des pathologies psychiatriques, lors des dosages régulateurs.

Cela nous amène à parler d'une autre catégorie, encore minoritaire au Foyer André, de personnes "triple diagnostic", dont les épisodes de décompensation avec violence caractérisée (contre eux-mêmes et autrui), nécessitent l'utilisation substantielle des structures psychiatriques, voire pénitentiaires.

Ces personnes soumises au régime de privation de liberté à des fins d'assistance, art. 397 a et ss CCS, de même que des cas pénaux, art. 43, représentent non seulement un défi pour le foyer mais également pour toute institution susceptible de les prendre en charge.

Si la pratique des réseaux fait partie de la routine, on s'appliquera en particulier à consulter intensément ceux-ci en amont et en aval de la prise en charge des pathologies lourdes (médecins – hôpitaux – tuteurs – etc.). En l'occurrence, chaque situation est abordée en termes d'indication et de médication avant, pendant et après la prise en charge, celle-ci s'inscrivant dans un projet, dont les contours sont esquissés par tous les intervenants du réseau.

Lourdes tâches penseront certains observateurs, et nous ne saurions prétendre le contraire.

Mais n'oublions pas que nous avons (encore) à faire à une population de jeunes entre 20 et 35 ans, avec un lourd handicap les disqualifiant de toute approche psychothérapeutique, mais pourtant en possession de ressources à mettre en valeur.

Pour l'équipe pluridisciplinaire en place, l'exercice consiste à être suffisamment convaincante dans son action médico-pédagogique et dans son témoignage de foi, pour susciter une revalorisation personnelle du résident. Celle-ci peut notamment être activée par quelques dispositions professionnelles que beaucoup peuvent faire valoir dans différents ateliers.

La perspective de pouvoir bénéficier après 6 – 12 mois d'un suivi en appartement protégé fait également partie de la résurgence d'aspiration retrouvée.

Comme nous pouvons le constater, toute la prise en charge repose sur une démarche incitative, en s'inspirant d'un concept de non-exclusion, donc de réduction des risques.

Cependant, la limite actuelle à notre politique institutionnelle de non-exclusion est atteinte chaque fois que la pratique psychiatrique ne joue pas son rôle de relais de contention.

Ceci est un défi pour l'application de la réduction des risques dans le résidentiel, particulièrement en cas de décompensation psychologique avec violence physique, et lors d'hospitalisation récupératrice en cas d'abus massif de produit (overdose p. ex.).

A cet égard, plusieurs pistes de réflexions sont à l'étude¹, et nous avons bon espoir de pouvoir étendre notre pratique en synergie avec d'autres institutions investies dans le concept général de la réduction des risques.

La Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles (COSTE), qui s'est impliquée dans la concrétisation de notre projet, a compris le rôle important que peut avoir la démarche expérimentale entreprise au Foyer André, et nous lui en sommes reconnaissants.

Cependant, si nous voulons poursuivre cette expérience, nous aurons besoin, en plus de l'appui du Canton de Neuchâtel, d'une reconnaissance OFAS qui se fait attendre depuis 3 ans, alors que nous pouvons justifier près de 100% de situations AI.

Ayant prouvé notre participation active à la politique des 4 piliers de l'OFSP, nous attendons encore un signal positif du Département fédéral de l'Intérieur, qui se mélange un peu les "piliers" en ce qui concerne le Foyer André.

Gageons que le succès de l'actuelle politique en matière de drogue débouchera sur la reconnaissance de nouvelles initiatives à tous les niveaux d'intervention.

Références

1. Prof. F. Borgeat, chef Dpt universitaire de psychiatrie adulte du Canton de Vaud (citation colloque inter-médical du 1er décembre 1998)
2. Réponse du Conseil Fédéral à la motion Sieber 1993
3. Concept Foyer André 1998
4. Dr Porchet, Drop In de Neuchâtel, 1998

Publicité

INSTITUT UNIVERSITAIRE
D'ETUDES DU DEVELOPPEMENT

RADIX
Promotion de la santé

«Concevoir et mettre en oeuvre des projets de promotion de la santé

Atelier «coup de pouce» pour responsables de projets de promotion de la santé
28-29 septembre et 16 novembre 1999

Information et inscription: Radix, 57, av. de Ruchonnet, 1003 Lausanne,
021/329 01 57, fax 021/329 01 58, e-mail radix.lausanne@bluewin.ch