

1. Accompagner les personnes toxico-dépendantes, les réinsérer dans la société, et accompagner leur famille

1. Contexte et description

Dans le domaine complexe des assuétudes, chaque partie prenante a sa vision de la problématique.

Le médecin généraliste prescrira un traitement de substitution comme de la méthadone pour les personnes toxicomanes ou encore du valium pour les personnes alcooliques. Le psychologue voudra voir les choses sous un angle psychologique, à savoir pourquoi, comment, etc. Le travailleur social verra plutôt cette problématique sur le plan de la société : que faut-il pour que la personne soit intégrée dans la société, soit en ordre au point de vue administratif, etc. Il est difficile de concilier toutes ces visions ; or ces professionnels doivent être complémentaires tout en respectant le travail des uns et des autres.

En cette matière, le premier contact est capital car il faut pouvoir s'approprier ou encore nouer les liens avec les personnes concernées.

Ce n'est que lorsqu'on amène la personne à accepter son état et à accepter de prendre la décision de se faire accompagner que des pistes peuvent se dégager.

L'objectif des associations qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre les assuétudes reste la réduction des risques, la stabilisation de la consommation, mais aussi, si possible, le sevrage complet. La personne doit passer par un moment de réflexion et puis seulement par une prise de décision. Pour qu'elle arrive à la décision, cela peut prendre plusieurs années ; de nombreux facteurs peuvent intervenir.

Les proches des personnes toxicodépendantes vivent dans la co-dépendance, c'est-à-dire qu'elles vivent avec la dépendance d'un autre.

Leur rôle dans le suivi de la personne à problème est primordial. Les proches ont aussi besoin d'être suivis pour arrêter d'abord de trouver des circonstances atténuantes à la dépendance, mais aussi pour leur propre suivi psychologique et avoir des outils pour cohabiter avec la personne dépendante.

La personne proche peut vite se sentir piégée, elle n'a plus sa propre identité, n'existe plus, peut devenir « accro » aux antidépresseurs, penser parfois au suicide et peut vouloir couper les liens avec la personne toxicodépendante.

2. Publics cibles

- Prioritairement, les personnes toxicodépendantes et leurs proches.
- Indirectement, la société entière est touchée. Il en va de la famille, des riverains (ils peuvent subir des nuisances publiques), de l'employeur (certaines personnes dépendantes ont encore un emploi), etc.
 - Statistiquement, il y a 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes parmi les personnes toxicodépendantes qui consultent, et ce dans toutes les structures existantes.
 - En alcoologie, il y a la règle du tiers, c'est-à-dire qu'il y a 1/3 de réussite, 1/3 d'échecs et 1/3 « de régime yoyo ».

3. Parties prenantes

- Les associations qui sont les centres d'aides créés souvent par des initiatives personnelles et bénéficiant d'un soutien des pouvoirs publics. Les pouvoirs publics locaux sont présents via les PCS par exemple qui consacrent un budget à cette problématique. En cette matière, tous les niveaux de pouvoir sont concernés (local, entités fédérées et fédéral).
- Les personnes toxicodépendantes (l'âge varie de 14 à 74 voire 80 ans pour certaines associations), les proches mais aussi la société dans son entièreté.

Il est impossible de déterminer le temps nécessaire que vont prendre les soins.

4. Mise en œuvre

- Le premier rendez-vous est celui du travailleur social, cela peut être le psychologue, l'assistant social, l'éducateur etc.
- Puis le médecin ou le psychologue qui essaie de savoir dans quel contexte la personne consomme et la fonction de la consommation.
- La personne est informée des risques encourus.
- Elle est soutenue et on travaille avec elle sur son désir de se sevrer.



- Il est proposé soit :
 - le suivi ambulatoire, c'est-à-dire que la personne vient chaque jour, une fois par semaine, ou tous les 15 jours. Tout dépend du rythme de chacun.
 - le suivi à l'hôpital pour éloigner la personne de son milieu de vie.
 - le suivi dans un centre résidentiel de postcure : ce sont des centres de revalidation. On peut y rester jusqu'à un an et demi selon les centres. Dans ces centres, on réapprend aussi aux personnes accueillies à vivre normalement.
- Parallèlement, les groupes de parole sont créés pour écouter les témoignages qui sont très importants et peuvent provoquer un déclic. Après les travaux de groupe, surviennent de bonnes résolutions qui sont prises même si souvent elles sont oubliées dès que la porte est franchie. L'essentiel est que la réflexion s'installe.
- Les proches sont aussi suivis car ils vivent un véritable calvaire ; des psychologues et des travailleurs sociaux les accompagnent dans la gestion au quotidien de la cohabitation avec la personne dépendante.

5. Conditions de réussite et risques d'échec

Conditions de réussite :

- tout d'abord, la règle de l'individualisation des soins. Cela permet un suivi sur mesure ;
- l'identification du produit dans le fonctionnement de l'individu (cocaïne, cannabis, héroïne, extasy, amphétamine, champignon hallucinogène, alcool, etc.), pour envisager si oui ou non le sevrage est une bonne idée car il peut être contre-indiqué chez certaines personnes ;
- les produits de substitution peuvent aider certaines personnes à gérer le problème durant toute leur vie ; on prescrit souvent de la méthadone mais aussi du valium ;
- le travail en équipe entre les professionnels, les hôpitaux, les communes, les autres pouvoirs publics, etc. ;
- la décision d'un suivi vient de la personne elle-même qui prend conscience qu'elle doit se faire aider.

Risques d'échec :

- le coût n'est pas négligeable car il faut une rigueur au niveau de la formation et une grande souplesse au niveau du cadre de travail ;

- la concertation avec d'autres structures n'est pas évidente car chaque métier a sa spécificité et son expérience, sa façon de travailler ;
- c'est un travail très fatigant pour les professionnels sur plusieurs points :
 - ils sont en face d'un public particulier qui les confronte à l'angoisse, à l'agressivité, au mensonge...
 - parfois les hôpitaux refusent de prendre ces personnes en charge (souvent insolvables, sans mutuelle, situation sociale très compliquée ou encore problème psychiatrique lourd) ;
- les personnes toxicodépendantes constituent un risque aussi pour elles-mêmes (multiplication des prescriptions de méthadone, échange de la méthadone contre une autre drogue, mélange de drogues, etc.) et un danger pour la société également (tapages, violences, vols, etc.) ;
- lorsque les proches qui souffrent beaucoup abandonnent la personne dépendante, car ils n'en peuvent plus, il y a le risque de perdre le travail déjà effectué ;
- les prix des produits de substitution ou des médicaments qui ne sont pas gratuits pour un public fragilisé (méthadone pour la drogue pure et le valium pour les alcooliques) ;
- obtenir une place dans un centre est difficile. Entre la prise de la décision et l'entrée au centre, il peut se passer plusieurs semaines ;
- le médecin prescripteur doit être formé. Les petits centres manquent de médecins, faute de moyens ;
- les personnes concernées peuvent penser que sortir de leur problème les mènera encore à trop d'autres problèmes (par exemple se battre pour récupérer la garde de son enfant, trouver un emploi etc.) et préfèrent ne pas agir pour s'en sortir.

6. Pratiques exemplatives

Le centre **Sésame** à Namur, l'**asbl Destination** à Dinant, le **PCS de Florennes** et le **Service de cohésion sociale** du PCS de la Ville de **Namur**.

A **Florennes**, dans le cadre du PCS, un point de contact sur les assuétudes a été proposé, initié et géré par un citoyen. Le fait que ce soit une initiative d'un citoyen plutôt que d'un professionnel a suscité des méfiances. Après du temps écoulé, la reconnaissance est venue.

