

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	- 2 -
Avant-Propos	- 2 -
Résumé	- 3 -
1 Introduction	- 6 -
2 Cadre conceptuel	- 8 -
2.1 Les usagers	- 8 -
2.1.1 Les troubles psychiques	- 8 -
2.1.1.1 Les troubles de la personnalité limite (borderline)	- 8 -
2.1.1.2 Les troubles bipolaires	- 9 -
2.1.1.3 Les troubles dépressifs	- 10 -
2.1.1.4 La schizophrénie	- 11 -
2.1.2 Les addictions	- 12 -
2.1.2.1 Définition étymologie et histoire	- 12 -
2.1.2.2 étiologie	- 13 -
2.1.2.3 Les substances et leurs effets	- 15 -
2.1.2.3.1 Alcool	- 15 -
2.1.2.3.2 Cannabis	- 15 -
2.1.2.3.3 Héroïne	- 16 -
2.1.2.3.4 Cocaïne	- 16 -
2.2 La prise en charge	- 17 -
2.2.1 Référentiels de prise en charge des troubles psychiques	- 17 -
2.2.1.1 Les médicaments psychotropes	- 17 -
2.2.1.2 Techniques cognitivo-comportementales	- 18 -
2.2.1.3 Accompagnement et suivis de la personne	- 18 -
2.2.1.3.1 Trouble de la personnalité limite	- 19 -
2.2.1.3.2 Trouble bipolaire	- 19 -
2.2.1.3.3 Troubles dépressifs	- 20 -
2.2.1.3.4 La schizophrénie	- 20 -
2.2.2 Référentiel de prise en charge des addictions	- 21 -
2.2.2.1 Les stades du changement	- 21 -
2.2.2.2 L'entretien motivationnel	- 22 -
2.2.2.3 Les produits de substitution	- 22 -
2.2.2.4 L'abstinence	- 23 -
2.2.2.5 La consommation contrôlée	- 23 -
2.2.2.6 Les principaux lieux de traitement en Valais	- 24 -
2.3 Marginalité	- 25 -
2.3.1 Représentations sociales	- 25 -
2.3.1.1 La représentation sociale du toxicomane	- 27 -
2.3.2 Processus de stigmatisation	- 31 -
2.3.2.1 La stigmatisation	- 31 -
2.3.2.2 La déviance	- 35 -
2.3.2.3 Le contrôle social	- 35 -
2.3.3 Marginalité	- 36 -
3 Problématique	- 39 -
4 Démarche méthodologique	- 43 -
4.1 Mode de recueil des données	- 43 -
4.2 Outils	- 44 -

4.3	Échantillons.....	- 44 -
4.4	Éthique.....	- 44 -
4.5	Limites.....	- 44 -
5	Analyse des données	- 45 -
5.1	Premières déductions.....	- 45 -
5.2	Axe 1 ; La collaboration avec le réseau	- 46 -
5.3	Axe 2 ; L'accompagnement des personnes souffrant de pathologie duelle.....	- 47 -
	5.3.1 Du côté des intervenants	- 47 -
	5.3.1.1 L'accompagnement	- 47 -
	5.3.1.2 Les outils pour accompagner	- 48 -
	5.3.2 Du côté des institutions.....	- 48 -
5.4	Axe 3 ; La prise en compte de la complexité de la pathologie duelle	- 49 -
5.5	La marginalisation.....	- 51 -
5.6	Synthèse de l'analyse	- 53 -
6	Retour sur les hypothèses de départ	- 54 -
6.1	Perspectives.....	- 56 -
7	Bilan personnel.....	- 57 -
8	Conclusion	- 58 -
8.1	Référencements.....	- 59 -
	8.1.1 Livres.....	- 59 -
	8.1.2 Articles.....	- 59 -
	8.1.3 Brochures	- 60 -
	8.1.4 Sites internet.....	- 60 -
9	Annexes	- 61 -
9.1	Lettre d'information aux participants à l'étude	- 61 -
9.2	Grille d'entretien.....	- 62 -

1 INTRODUCTION

Dans le domaine des troubles psychiques, on constate de plus en plus d'évolution et de complications. Les différents résidents qui parviennent dans les institutions ont généralement des passés chargés et des problèmes complexes qui ne facilitent pas la prise en charge. Avec cette grande diversité de personnalités au sein des institutions ainsi que l'augmentation d'un travail, qui devient de plus en plus procédurier, le suivi s'en retrouve plus délicat. D'une part, les problèmes de personnes ayant besoin d'un accompagnement se multiplient passablement et d'autre part, les règlements et les normes au sein même des établissements qui les accueillent s'homogénéisent. De ce fait, le travail de l'éducateur peut devenir une source de stress qui a de nombreuses répercussions sur les usagers. En conséquence de quoi, ils ne se sentent plus considérés dans leur individualité. Selon Georgeson Brendan, (2009), la prise en charge de ces patients est, par nature, complexe. Car il faut soigner les deux troubles simultanément et dans le même lieu, voire coordonner une prise en charge entre deux lieux spécialisés.

De plus, nous savons aujourd'hui que l'éducateur doit composer avec plusieurs contraintes lorsqu'il effectue son travail. Pour commencer, il y a les règles institutionnelles. Ensuite, les normes sociales, ses propres valeurs et enfin, les aspirations des résidents. À l'heure actuelle, nous pouvons constater que les normes institutionnelles, ainsi que les exigences cantonales, passent, dans la plupart des institutions, avant les désirs du résident. Avec l'augmentation d'un travail procédurier au sein des institutions, les éducateurs, par manque de temps, sont poussés à suivre les instructions imposées. Instructions qui ne prennent pas en compte la personnalité, le tempérament et la nature des bénéficiaires. De ce fait, plus le problème du bénéficiaire est complexe, moins les procédures seront adaptées à son cas. Ce qui engendre une prise en charge souvent vouée à l'échec. Ainsi, certains usagers passent d'institution en institution jusqu'à épuisement des équipes, sans jamais avoir une réelle évolution positive. Selon Autès Michel, (1999), les professionnels jouent les passeurs et les institutions deviennent des lieux de passage.

Castel Robert, (1994), résume bien la situation. Il nous dit que les services sociaux se sont développés en tentant de faire correspondre les institutions à une certaine catégorie de population ; toxicomanes, personnes en situation de handicap mental, chômeurs, etc. Le problème étant que, d'une part, cette logique a fréquemment un caractère stigmatisant car elle amène un dessein déjà tout tracé pour les usagers et, d'autre part, à une marginalité. Ce système de plus en plus catégorisant amène certaines personnes à ne plus se retrouver exactement dans l'une ou l'autre de ces étiquettes. Cela conduit les usagers à circuler entre ces catégories et donc, entre les institutions sociales.

Conséquemment, cette problématique soulève plusieurs questionnements : Quelle est la mission de l'éducateur ? Doit-il faire primer les normes institutionnelles ou les désirs du résident ? Comment doit-il se positionner face à ce dilemme ? Est-ce que les différentes prises en charge des troubles psychiques proposées en Valais sont encore adéquates face aux problèmes actuels ?

Déjà en 2007, une étude sur la santé mentale en Valais relevait plusieurs besoins non-satisfaits dans ce domaine. D'une part, comme on peut le constater, la poly-morbidité est de plus en plus présente dans les institutions qui relèvent de la santé mentale et mobilise beaucoup de ressources. Ces cas demandent une grande collaboration interinstitutionnelle. Collaboration qui a été relevée, selon les professionnels, comme défailante. Donc, comme nous pouvons le distinguer, le problème se pose depuis déjà quelques années sans trouver de réelles réponses¹.

Le but de mon mémoire est donc de comprendre comment les éducateurs font face à ce nouveau défi et de montrer sur quoi se basent les différentes institutions pour faire le choix de continuer un accompagnement ou alors de l'arrêter. J'ai décidé de m'intéresser plus précisément aux personnes touchées par une pathologie duelle c'est-à-dire, qui souffrent à la fois d'une dépendance toxicomaniaque ou éthylique, et d'un trouble psychique, quelles qu'en soient les

¹ Massé Raymond, 2007

interactions. On parle aussi de double diagnostic, de troubles jumelés, de cooccurrence et de comorbidité. La question que j'ai décidé de me poser est la suivante ;

“En Valais, comment les travailleurs sociaux accompagnent-ils les personnes souffrant de pathologies duelles ?”

Si mon choix de mémoire s'est basé sur la prise en charge des personnes souffrant de pathologie duelle, c'est à la suite de plusieurs stages effectués dans le domaine des troubles psychiques et des addictions. J'ai constaté que les professionnels étaient couramment confrontés à des personnes atteintes de troubles psychiques qui consommaient des substances psychoactives. J'ai également pu constater un désarmement des éducateurs face à ce sujet, ainsi que face à une prise en charge basée sur un seul pôle (traitement des addictions ou du trouble psychique). À maintes reprises, il y a un sentiment d'impuissance face à la prise en charge de ces personnes. D'une part, à cause du tableau clinique qui se révèle très complexe et d'autre part, à cause d'une certaine difficulté à coordonner les différents services afin d'être efficace. On constate alors que le double diagnostic vient souvent complexifier l'intervention et la prise en charge, et plus encore si les résidents ont une histoire de vie chargée.

Certains agissements m'ont aussi marqué. Plusieurs fois, j'ai pu constater que face à ce désarmement, les professionnels avaient une certaine tendance à stigmatiser ces personnes, et peu à peu à les rejeter de manière significative. J'en ai alors déduit que certains facteurs intervenaient et amenaient à une mauvaise prise en charge. Ces personnes se retrouvent alors souvent “ballotées” d'une institution à l'autre, n'entrant jamais vraiment dans la mission de l'établissement, finissant fréquemment par partir. Je pense qu'il est réellement important de bien connaître cette problématique afin de pouvoir avoir une prise en charge la plus adéquate possible.

Suite à ce questionnement, j'ai décidé de développer principalement trois thèmes dans mon mémoire correspondant aux différentes problématiques qu'ont rencontrées les usagers c'est-à-dire : l'addiction et les troubles psychiques et la pathologie duelle. Ensuite, j'ai voulu m'intéresser à l'accompagnement de ces personnes avec les différents outils à dispositions. Pour terminer, j'ai développé le concept de marginalisation avec les différents processus à l'œuvre.

Je me suis aussi appuyée sur six entretiens afin de confronter ma vision des choses avec celle vécue sur le terrain. En résulte une analyse qui permet de mettre en lumière une vision globale de l'accompagnement de ces personnes en Valais.

Pour terminer, j'ai émis un bilan personnel de cette aventure ainsi que différentes pistes d'action qui pourraient être envisagées afin d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de pathologie duelle.

2 CADRE CONCEPTUEL

Je développe trois concepts dans mon travail de mémoire. Tout d'abord, il est important de comprendre les usagers au travers de leur problématique mais aussi de leurs besoins afin de mieux les appréhender. Ensuite, j'explicité le concept de prise en charge afin d'avoir une vision globale de ce qui était proposé de nos jours. Pour terminer, j'effectue une recherche sur le point central de mon travail de Bachelor qu'est la marginalité.

2.1 LES USAGERS

Ce thème me paraît indispensable en ce qui concerne la compréhension de mon travail de Bachelor. Comprendre ce que vivent les usagers au quotidien avec leur maladie et leur dépendance me paraît obligatoire afin de cibler une prise en charge qui leur convienne. Je tiens tout de même à préciser qu'il est tout autant important de prendre en compte la personnalité de l'usager ainsi que son expérience afin d'effectuer un travail de qualité.

2.1.1 LES TROUBLES PSYCHIQUES

Tout d'abord, je détaille les quatre troubles psychiques les plus répandus et avec lesquels il y a une plus grande probabilité de pathologie duelle. Je trouve intéressant de développer les principaux symptômes qui vont amener à une prise en charge différente selon la maladie. Je note tout de même l'importance de connaître et de comprendre certaines réactions et comportements découlant directement de cette même pathologie.

2.1.1.1 LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ LIMITE (BORDERLINE)

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 4^{ème} édition (DSM-IV, 1994), les troubles de la personnalité se déterminent par un

“Mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.”²

Selon Townsend Mary C., leur caractère laisse souvent place à l'impulsivité³. Ce sont des personnes dont les relations sont la plupart du temps tumultueuses et intenses, il n'y a pas de juste milieu quant à la perception des gens. Ils sont soit idéalisés ou alors détestés. Les personnes atteintes de troubles de la personnalité borderline ont souvent un sentiment de vide ou d'ennui permanent. Elles vivent très mal la solitude mais sont très instables au niveau affectif. Ils sont aussi perturbés quant à leur identité personnelle et s'automutilent fréquemment. La dépression est courante chez ces personnes.

Toujours selon Townsend Mary C., on nomme plusieurs comportements typiques⁴ :

Attachement excessif et éloignement ; le comportement d'attachement excessif fait que la personne atteinte de trouble de la personnalité limite va idéaliser l'autre en le plaçant au centre de sa vie. Elle va alors adopter des comportements extrêmes qui seront de l'ordre de la dépendance, de l'impuissance et de la régression. Quand elles ne peuvent pas être auprès de cette

² Troubles de la personnalité, DSM-IV, 1994, p. 817

³ Townsend Mary C., 2004, p.493

⁴ Townsend Mary C., 2004, p.495

personne, elles vont ressentir un énorme mal-être qui les pousse souvent à un passage à l'acte ou à l'automutilation.

À l'inverse, les comportements d'éloignement se caractérisent par de la colère, de l'hostilité et la dévaluation des autres. Il est souvent présent quand la personne fait face à une séparation, à des limites ou à des confrontations.

Clivage ; le clivage est un mécanisme de défense. Face à une angoisse ou à une frustration, il permet de mieux accepter la réalité en percevant toutes les personnes ou situations de vie relatives au problème comme totalement négatives ou totalement positives.

Manipulation ; tous les comportements pour parvenir au résultat désiré peuvent être acceptables. Il va donc manipuler les personnes de manière habile pour éviter le sentiment d'abandon qui les angoisse désespérément.

Comportements autodestructeurs ; souvent, il y a automutilation ou tentative de suicide. On peut dire qu'elles font, la plupart du temps, partie de la manipulation afin de provoquer chez les personnes proches la réaction de secours. Elles se produisent généralement dans un endroit sûr où le sujet est garanti de recevoir de l'aide. Mais il y a aussi une théorie selon laquelle les personnes atteintes de troubles de la personnalité limite se mutilent pour contrer le sentiment d'irréalité. Quand elles souffrent, elles se sentent exister, vivre.

Impulsivité ; l'impulsivité est un trait de caractère qui leur est propre. Elles sont souvent dans l'incapacité de gérer leurs impulsions. Ce comportement peut être très varié avec une toxicomanie épisodique ou des fugues, des relations sexuelles libres, etc.

2.1.1.2 LES TROUBLES BIPOLAIRES

On définit les troubles bipolaires comme étant

“Des fluctuations de l'humeur qui passent de la dépression profonde à l'euphorie extrême (manie), entrecoupées de périodes de normalité.”⁵

Souvent, quand un épisode maniaque se manifeste, la personne devient exaltée, exubérante ou irritable. On voit chez elle un changement d'humeur rapide accompagné de symptômes dépressifs et maniaques.

On remarque qu'il y a plusieurs facteurs dans l'apparition de troubles bipolaires tels que des facteurs génétiques, biochimiques et physiologiques.

Il y a trois niveaux de troubles bipolaires :

Le trouble bipolaire I qui se caractérise par un syndrome complet du symptôme maniaque ou mixte. Il peut aussi y avoir des épisodes de dépression.

Le trouble bipolaire II se définit par des dépressions majeures et de l'hypomanie. Ces personnes n'ont jamais connu d'épisode maniaque.

Le trouble cyclothymique se détermine par une perturbation chronique de l'humeur pendant un minimum de deux ans. Mais la gravité et la durée des troubles ne sont pas assez importants pour appartenir aux troubles bipolaires I ou II⁶.

On recense trois stades aux épisodes de manie qui touchent l'humeur, la cognition, la perception et le comportement.

⁵ Townsend Mary C., 2004, p.343

⁶ Townsend Mary C., 2004, p.343

Stade 1 ; l'hypomanie : l'humeur est souvent instable et changeante, tantôt exaltée, tantôt irritable. La personne se perçoit comme étant très compétente. Elle a une perception très aiguë mais est très vite déconcentrée. Elle a une activité physique intense et des comportements un peu excessifs. De nature plutôt extravertie, elle est très sociable mais les relations qu'elle entretient sont souvent superficielles.

Stade 2 ; la manie aiguë : à ce stade, la personne devient de plus en plus incapable de fonctionner et le plus souvent, elle doit être hospitalisée. On constate que les symptômes sont les mêmes qu'au stade de l'hypomanie mais de manière bien plus accentuée. Elle atteint souvent un stade psychotique.

Stade 3 ; la manie délirante : cet état se fait rare car il est souvent pris en charge au stade de la manie aiguë. C'est un état aggravé des symptômes de la manie aiguë. Souvent il s'accompagne d'hallucinations auditives et visuelles. La personne devient incohérente, confuse, ses activités psychomotrices deviennent frénétiques et ses mouvements sont agités et désordonnés⁷.

2.1.1.3 LES TROUBLES DÉPRESSIFS

Les troubles dépressifs majeurs sont définis par

“Une humeur dépressive ou par la perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie) dans les activités quotidiennes. Le diagnostic doit s'appuyer sur certains faits ; cet état dure depuis au moins deux semaines, le fonctionnement de la personne est altéré sur le plan social et professionnel ; il n'existe aucun antécédent de comportement maniaque ; les symptômes ne peuvent être attribués à la consommation de substances ni à une affection médicale générale.”⁸

Il y a différentes sortes de dépression comme la dépression avec caractéristiques psychotiques (perte de contact avec la réalité, idées délirantes, hallucinations) ou la dépression chronique (se manifeste en permanence depuis plusieurs années) ou encore la dépression post-partum (qui se manifestent durant quatre semaines après l'accouchement), etc.

Il y a de nombreuses causes liées à l'apparition de troubles dépressifs chez une personne dont certains facteurs biochimiques, neuroendocriniens ou physiologiques. De nombreuses théories en découlent mais aucune d'elles n'a pu expliquer de manière claire cette maladie⁹.

Il y a différents degrés de gravité de la maladie, mais chacun d'eux touchent l'affectif, le comportement, le cognitif et la physiologie du sujet.

Dépression passagère : la personne ressent un sentiment de tristesse qui peut être accompagné de pleurs. Elle est préoccupée par la déception qu'elle a ressentie et elle a une sensation de fatigue.

Dépression légère : la personne est dans le déni. Elle éprouve de la colère, de l'anxiété et de la culpabilité. Elle se sent découragée. Elle se replie sur elle-même et a envie de pleurer. Elle est préoccupée à l'égard de la perte, se fait des reproches et est ambivalente. Elle peut avoir des douleurs au niveau du dos, de la tête, et du thorax. Elle dort peu ou au contraire, trop.

Dépression modérée : sentiment de tristesse et de désespoir. La personne est pessimiste et a une faible estime d'elle-même. Elle a de la peine à éprouver du plaisir. Elle se déplace lentement et parle difficilement. Son hygiène est souvent limitée et elle adopte un comportement autodestructeur dans certains cas. La pensée est retardée. Ses pensées sont répétitives et l'obsèdent. Elle évoque des idées suicidaires. Elle mange et dort beaucoup ou peu, elle éprouve des maux de tête, de dos ou de thorax, elle se sent abattue et manque d'énergie.

⁷ Townsend Mary C., 2004, p.358

⁸ Townsend Mary C., 2004, p.340

⁹ Townsend Mary C., 2004, p.346

Dépression sévère ; les symptômes de la dépression sévère sont les mêmes que la dépression modérée mais de manière plus amplifiée. Il y a souvent des pensées délirantes et le désir de mourir est très fort¹⁰.

2.1.1.4 LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie amène des perturbations des processus de la pensée, de la perception et de l'affect, entraînant une détérioration grave du fonctionnement social et professionnel. C'est la maladie qui est souvent perçue comme la plus invalidante. Il y a quatre phases dans l'apparition de la maladie ; la personnalité schizoïde (préfère la solitude, limité dans l'émotionnel, semble froid et distant), la phase prodromique (retrait social, comportements excentriques, mauvaise hygiène, idées bizarres, manque d'intérêts, perturbation des rôles, affect inapproprié), la schizophrénie et la phase résiduelle (affect plat, perturbation des rôles, symptômes semblables à la phase II)¹¹. Il y a plusieurs types de schizophrénie en fonction de l'importance des symptômes et de la durée de l'atteinte.

Cette maladie amène à des perturbations à plusieurs niveaux :

Le contenu de la pensée ; le sujet a souvent des idées délirantes, c'est-à-dire des convictions personnelles fausses. Il peut, par exemple, se sentir persécuté, exagérer son importance et sa puissance, penser que tout événement se rapporte à lui, imaginer que d'autres personnes contrôlent ses faits et gestes. Il peut également avoir des idées somatiques délirantes ou encore des idées fausses sur lui-même ou sur ce qui l'entoure.

On peut aussi trouver le symptôme de la religiosité qui se définit par un délire mystique ou de la paranoïa excessive. Ils sont aussi souvent en proie à la pensée magique qui est le fait de croire qu'il suffit de penser à quelque chose pour que cela arrive. Ils imaginent pouvoir maîtriser des situations ou des personnes par le simple fait de la pensée.

Les formes de la pensée ; les personnes ont parfois un discours complètement incohérent, ce qui le rend inexact, vague et flou. Elle peut aussi inventer des mots qui n'ont aucun sens. Elle a également beaucoup de mal à comprendre les significations abstraites. Elle a une interprétation littérale de l'environnement ce qui l'empêche souvent de comprendre les plaisanteries ou alors les proverbes. Elle peut aussi utiliser des mots et les mettre ensemble seulement parce qu'ils riment ou qu'ils sonnent bien. Ou alors elle fait une "salade de mots" où elle les assemble de manière aléatoire et sans logique. On trouve aussi des personnes qui ne vont jamais arriver au but de ce qu'elles veulent exprimer car elles se perdent dans des détails ennuyeux. Elles peuvent répéter sans cesse les mêmes mots ou alors se renfermer dans un mutisme.

La perception ; les individus sont souvent sujets aux hallucinations. Elles peuvent intervenir autant sur les cinq sens qu'au niveau de la perception de mouvements inexistantes.

L'affect ; les schizophrènes ont souvent des réactions affectives inappropriées ou changeantes. Ils peuvent parfois ne plus en avoir du tout.

La perception de soi ; la personne peut répéter des mots prononcés par le locuteur ou alors imiter automatiquement ses mouvements. Elle peut avoir de la peine à se différencier des autres et va donc les imiter inconsciemment. Elle peut aussi avoir des sentiments d'irréalité face à son identité en voyant, par exemple, ses membres qui changent de taille.

La volition ; on voit souvent chez ces gens un manque d'intérêt ou de motivation, voire une incapacité à terminer une action. Ils vivent aussi une ambivalence émotionnelle, c'est-à-dire qu'ils ressentent deux émotions opposées face à un même objet ou une même personne.

¹⁰ Townsend Mary C., 2004, p.350

¹¹ Townsend Mary C., 2004, p.310

Le fonctionnement interpersonnel et les relations avec le monde extérieur ; les sujets atteints de schizophrénie ont souvent des attitudes inappropriées face aux autres. Leur fonctionnement social est souvent perturbé. Ils peuvent aussi présenter une sorte d'autisme. Ils ont souvent du mal à prendre soin d'eux-mêmes et délaissent leur hygiène corporelle.

Le comportement psychomoteur ; on voit fréquemment un manque d'énergie chez les patients atteints de cette maladie. Ils maintiennent parfois, et ce durant de longues périodes, une même position qui paraît parfois étrange. Ils peuvent aussi se balancer.

Les symptômes positifs et négatifs ; les symptômes positifs sont l'excès ou la distorsion des fonctions normales telles les idées délirantes ou les hallucinations. À l'inverse, les symptômes négatifs sont la perte ou la diminution de fonctions normales comme une absence de plaisir, un manque de motivation, une pauvreté du discours, ou une absence d'émotion¹².

2.1.2 LES ADDICTIONS

Ensuite, j'étaye la définition de l'addiction qui suscite encore de nombreux débats entre les professionnels. Je trouve aussi indispensable de comprendre les différents effets qu'ont les substances psychotropes sur le cerveau mais aussi l'étiologie de l'addiction. Pour terminer, je décris les effets des quatre substances principalement utilisées.

2.1.2.1 DÉFINITION ÉTYMOLOGIE ET HISTOIRE

Le mot "addiction" nous vient du latin *ad-dicere* qui signifie attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage. Dans la Rome antique, un *addictum* était une personne qui était mise à disposition du créancier ne pouvant payer sa dette¹³. Au XVI^{ème} siècle, le terme anglo-saxon désignait la soumission de l'apprenti à son maître. On peut voir déjà dans l'étymologie du mot qu'il y a la notion de corps, que l'on met à contribution, et la notion de contrainte. L'origine du terme met aussi en avant la perte de liberté du sujet. Plus tard, le terme a évolué vers un sens plus proche de ce que l'on connaît aujourd'hui. En 1906, il apparaît, pour la première fois, en référence à l'opium. Dans la langue anglaise, il signifiait "être voué à," "s'adonner" relatif à la consommation de substances. Petit à petit, le champ des addictions s'est étendu à tout comportement répétitif et compulsif face auquel l'individu subit une perte de contrôle¹⁴.

Selon Goodman Aviel, cité par Loonis Éric., l'addiction serait ;

"Un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par ;

- 1) L'échec dans le contrôle de ce comportement comme par exemple, l'impuissance*
- 2) La persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives comme par exemple le défaut de gestion.¹⁵*

Pour Didier Acier, Goodman fait valoir, par cette définition, le comportement avant le produit addictif qui cause la dépendance. Il nous dit que dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 4^{ème} édition (DSM-IV-TR, 2000), on parle plutôt de dépendance à une substance et dans la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM-10) de dépendance. La dépendance serait donc une notion médicale et psychopathologique. La dépendance dépendrait du diagnostic. Elle se centrerait sur l'usage et non les effets. L'addiction est plus centrée sur le comportement qu'entretient l'individu avec la substance, mettant au centre l'usage et non les

¹² Townsend Mary C., 2004, p.319

¹³ Fernandez Lydia, Sztulman Henri, 1997, p.255

¹⁴ Cliniques psychiatriques de France 2009, p.13

¹⁵ Loonis Éric, 2001, p.2

effets de la substance. Le terme toxicomanie est aussi souvent utilisé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est défini comme :

“Un désir ou un besoin irréprensible de consommer des substances, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychologique et une souffrance physique à l’égard des effets et des conséquences négatives.”¹⁶

On peut alors constater que les termes d'addiction, de dépendance et de toxicomanie restent très proches. Ils sont souvent utilisés comme synonyme.

La drogue a été utilisée depuis toujours par les Hommes. Au départ, ce sont les guérisseurs qui en faisaient usage afin de communiquer avec les esprits responsables de la maladie, puis ce sont les médecins qui la prescrivaient à leurs patients pour qu'ils guérissent. Ensuite, elle fut aussi utilisée dans le fonctionnement religieux. Le fait d'absorber certaines drogues permettait la communication avec d'autres dimensions. Le fait de les ingérer donnait les pouvoirs et les connaissances de Dieu. Enfin, les substances psychoactives sont aussi utilisées dans le fonctionnement social. Elles permettent de faciliter le contact avec l'autre¹⁷. En Europe, le vin a, depuis très longtemps, une place particulière face aux autres substances. On peut même dire qu'il a une réelle dimension rituelle. Depuis les Égyptiens avec Osiris, Dieu du vin et de la fertilité, on le retrouve jusque dans le christianisme avec une place importante. C'est avec Christophe Colomb, au XV^{ème} siècle, qu'arrivent des plantes inconnues en Europe. Tout d'abord, le tabac qui a fait très rapidement le tour du continent, puis la coca qui donna naissance au vin Mariani, remède stimulant. Le XX^{ème} siècle fut le siècle de tous les excès. Puis vint la prohibition de l'alcool durant 15 ans. Elle prit fin en 1933. Par la suite, avec les années 60 et le mouvement hippie, de nombreuses drogues ont vu le jour tel le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), le chanvre, l'héroïne, les amphétamines, etc.¹⁸. On constate dès lors que, suivant les époques et les sociétés, les différentes drogues n'ont pas toujours la même légitimité sociale aux yeux de la population.

2.1.2.2 ÉTIOLOGIE

Il y a différentes tentatives d'explications à la consommation de drogue.

Pour les psychodynamiciens, les personnes qui consomment de la drogue cherchent à modifier un état de malaise déjà présent. Aussi, pour eux, les “accros” utilisent les substances psychoactives comme mécanisme de défense. Si l'on pose ce postulat, il y aurait donc déjà à l'origine une faille, qui pourrait être augmentée par l'usage de substances. La prise de drogue permettrait ainsi à ces personnes de se sentir mieux.

Pour la psychanalyste Joyce McDougall, cité par Acier Didier, l'addiction serait un mécanisme face à une souffrance psychique. Pour elle, il y a deux types de gestion des affects : les mécanismes internes (qui gèrent les angoisses, la détresse, les rêves, les fantasmes, etc.) et les mécanismes de décharge (les affects sont éjectés de la conscience et coupés de leur représentation psychique, dans un passage à l'acte permanent, ils perdent le lien avec leurs émotions). L'usage de drogue permet de se déconnecter de sa réalité psychique. Le consommateur voit la communication avec lui-même altérée et ressent un sentiment de vide. Elle nous fait comprendre que lorsque la psyché est muselée, c'est le corps qui va permettre aux affects de s'exprimer. Les sensations remplacent alors les fantasmes. Elle nous explique que l'importance de la substance est son effet anesthésiant face à la douleur et aux sensations.

Khantzian Edward John, cité par Acier Didier, a mené des études avec des héroïnomanes. Il constate que les nombreux sujets ont un problème avec l'agressivité et que la consommation

¹⁶ Acier Didier, 2012, p.18

¹⁷ Rosenzweig Michel, 1998

¹⁸ Salomon Lucas, 2010

d'héroïne permet de gérer cette pulsion. Prendre des substances permettrait alors une autorégulation d'affects envahissants. Il y a là un phénomène d'automédication. Le toxicomane cherche à médicamenter une souffrance psychique. Les opiacés soulageraient la rage ou l'agressivité, la cocaïne apporterait de la confiance en soi, une tolérance à la frustration ou un effet énergisant et les dépresseurs aideraient à faire face à l'isolement, à l'anxiété.

De ce fait, la consommation de drogue serait une sorte de médicament contre la souffrance psychologique. Elle permettrait à l'individu de se sentir mieux temporairement et de rendre la vie plus supportable en faisant office de béquille à la gestion des émotions¹⁹. On remarque grâce à cela que le lien entre psychisme et dépendance est évident. Cela pourrait montrer l'avantage que tirent les personnes souffrant d'un trouble psychique à consommer des substances.

Selon Stanton Peel, cité par Acier Didier, l'addiction dépendrait de la relation entre l'individu et son objet de dépendance. Le sujet n'a pas une addiction à la drogue mais il recherche l'expérience que lui procure le produit. Ce sont les effets qui sont recherchés²⁰. Il nous dit que l'addiction est un problème interne à l'individu. Il va mettre en place un schéma caractéristique de la personne addictive. Tout d'abord, il y a un problème qui amène le sujet à se sentir coupable et angoissé. Pour répondre à ce sentiment, il va tenter de chercher des alternatives à son problème. De là va en découler une stratégie d'adaptation qui peut être la consommation de substances psychoactives. Ce qui va lui donner un sentiment de bien-être. Mais comme l'effet de la substance est éphémère, le sujet sera poussé à augmenter sa consommation afin de maintenir ce sentiment.

Toujours selon Stanton Peel, l'addiction viendrait d'une atteinte au sentiment d'auto-efficacité ressenti par l'individu. Consommer serait pour lui une source de gratification, l'aidant ainsi à se sentir accepté par lui-même et par les autres tout en apaisant les sentiments négatifs ressentis. Mais pour Stanton Peel, tout cela reste relatif. On peut se sentir attiré par une substance durant une période de sa vie et durant une autre, non. Il nous explique aussi que lorsque la première motivation à consommer du sujet est négative, le risque de dépendance est plus grand que lorsqu'elle est positive.

À ses yeux, la personne est responsable de sa dépendance et il ne tient qu'à elle d'en sortir en identifiant le problème. C'est pour cela qu'il ne la considère pas comme une maladie²¹. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent stigmatisées et donc, ne se sentent pas acceptées. Là encore, il y aurait une piste de compréhension à la pathologie duelle.

Aujourd'hui, en termes d'addiction, la clef de lecture qui prime est celle de Claude Olievenstein, un psychiatre spécialisé dans la toxicomanie, dont le nom est cité par Acier Didier. D'après le spécialiste des toxicomanies, l'addiction surgit à un carrefour entre la substance, l'environnement et la personnalité de l'individu. Ce carrefour donne naissance à une expérience subjective. Ce sont différents facteurs qui entrent en jeu ;

- L'environnemental comme le pays, la situation financière, les lois, etc.
- L'individuel tels l'hérédité, les ressources psychiques, l'estime de soi etc.
- La substance avec la fréquence à laquelle sont prises les doses, la disponibilité, la pureté, etc.

Tous ces éléments factoriels vont amener à l'addiction ou non. Ce modèle reste intéressant puisqu'il prend en considération tous les facteurs de la situation en la rendant individuelle²².

¹⁹ Acier Didier, 2012

²⁰ Ploudre Chantal, Quirion Bastien, 2009

²¹ Acier Didier, 2012

²² Acier Didier, 2012

2.1.2.3 LES SUBSTANCES ET LEURS EFFETS

Il semble primordial de montrer les différents effets qu'ont les substances sur les consommateurs. En premier lieu, pour montrer la complexité de la prise en charge d'une personne qui consomme encore des substances, mais aussi parce que les effets vont engendrer des conséquences sur la prise en charge comme la violence donc une exclusion, la légitimité sociale de la substance, une maladie mortelle donc des soins palliatifs, etc.

2.1.2.3.1 ALCOOL

L'alcool est ancré dans notre culture. Selon Addiction Suisse, 80% de la population en Suisse en consomme. Les chiffres sont stables depuis 2004. On constate environ une consommation de 9 litres d'alcool pur par habitant et par année. En Suisse, il y a environ 250'000 personnes qui sont alcoolodépendantes. La Suisse a une moyenne plus ou moins équivalente aux autres pays européens²³.

L'alcool a différents effets sur l'organisme. Les effets sont relativement immédiats comme il passe très vite dans le sang. Il y a différents niveaux d'atteinte de l'acuité visuelle, de la sensation d'euphorie, de l'estime de soi, de la désinhibition selon le degré d'alcool dans le sang. Mais toutes ces références varient selon les individus. Il faut donc les prendre en compte avec beaucoup de précaution.

La consommation d'alcool fait encourir différents risques à la personne. Elle peut tout d'abord amener à des dommages physiques et psychiques. L'alcool atteint tous les organes du corps humain comme il reste très toxique. Il y a bien sûr une relation dose et effets qui est à prendre en compte. La consommation chronique est celle qui amène le plus de dégâts. Elle va toucher le système nerveux, déclenchant une démence alcoolique, une atrophie du cerveau, un syndrome de Korsakoff, etc. mais il provoque également des dégâts au niveau psychique comme une alcoolodépendance, un *delirium tremens* (signifiant délire tremblant), des hallucinations alcooliques, etc. En consommant de l'alcool, la personne se met aussi en danger et peut avoir différents accidents, intentionnels ou non puisqu'il y a une baisse de la capacité de jugement et de l'esprit critique. Ensuite, l'alcool amène aussi à des risques sociaux comme une perte d'emplois, une stigmatisation, des comportements inadéquats, etc.²⁴.

2.1.2.3.2 CANNABIS

Un quart des Suisses ont déjà pu faire l'expérience du cannabis. Même si cette substance est encore illégale, Addiction Suisse estime que 220'000 personnes font un usage de cannabis en Suisse²⁵. Le cannabis peut être présenté sous différente forme telle que la marijuana qui est composée à partir des feuilles et des sommités florales, ainsi que le haschisch qui est la résine sécrétée par les fleurs et l'huile de haschisch.

Addiction Suisse nous explique que le cannabis amène à différents effets sur l'organisme. Le cannabis intensifie la situation émotionnelle précédant la consommation. Les effets peuvent donc varier selon le caractère de la personne, le contexte, la quantité et l'état d'esprit au moment de la consommation. Au niveau physique, la personne ressent une sécheresse de la bouche et de la gorge. Il y a une dilatation des pupilles et un rougissement des yeux. Le rythme cardiaque augmente ainsi que la pression artérielle et une détente musculaire se fait ressentir. Des troubles de la locomotion et des vertiges peuvent apparaître. La température baisse, et en cas de surdose, des vomissements apparaissent. La substance a aussi des effets sur le psychisme de l'individu avec une modification de l'état de conscience ; la musique et la lumière sont perçues de manière

²³ Addiction Suisse, 2014a

²⁴ Addiction Suisse, 2014a

²⁵ Addiction Suisse, 2014b

intensifiées. La personne ressent aussi de l'euphorie, de la détente, un calme intérieur et une certaine légèreté. La perception du temps est modifiée, le temps de réaction s'amointrit et des troubles de l'attention de la pensée et de la concentration peuvent apparaître. Lors de surdose, le consommateur peut être submergé d'angoisse, se sentir désorienté, confus et peut avoir des crises de panique ou des délires.

Il y a de nombreux risques liés à la consommation de cannabis.

Il peut y avoir une accoutumance psychique du cannabis qui amène à un désir irrésistible de consommer. Contrairement aux idées reçues, le cannabis amène aussi une accoutumance physique comme une arythmie cardiaque, une agitation, des insomnies, une transpiration, etc. qui disparaîtrait très rapidement²⁶.

2.1.2.3.3 HÉROÏNE

En Suisse, Addiction Suisse estime qu'il y avait en 2002 de 18'500 à 25'500 personnes dépendantes à l'héroïne. Il y a une stagnation de ce chiffre jusqu'à aujourd'hui²⁷. L'héroïne est un opiacé qui se présente sous forme de poudre blanche ou de cristaux. Elle peut être injectée, fumée, sniffée même inhalée. Les effets et les risques sont différents selon le mode de consommation. Pour avoir d'autres effets, les consommateurs la mélangent avec de la cocaïne appelé communément Speedball ou cocktail. L'héroïne sur le marché noir Suisse est souvent coupée avec d'autres substances toxiques.

L'héroïne est extraite du pavot et est réalisée en laboratoire. Elle agit comme la morphine mais de manière plus intense et plus rapide. Ses effets sont une diminution de la douleur, de l'angoisse et de la dépression. Elle peut amener une envie de tousser, des troubles respiratoires et de la diarrhée. La personne ressent de l'euphorie, un bien-être et une autosatisfaction. Elle procure un soulagement. Le consommateur ressent, dans un premier temps, un flash. L'effet diminue de moitié huit heures après l'injection.

L'héroïne fait encourir différents dommages aux consommateurs à long terme. À long terme, l'héroïne n'occasionne que très peu de dommage physique. Ce sont souvent les mauvaises conditions de vie qui amènent à d'autres maladies. Au niveau psychique, Addiction Suisse nous dit que 80% des héroïnomanes souffrent d'un autre trouble psychique telles des phobies, des troubles de l'anxiété, une dépression ou des troubles de la personnalité. Les conséquences sociales sont aussi nombreuses comme la criminalité, la prostitution, la détresse sociale, etc. causées par le caractère illégale de cette substance.

Le potentiel addictif de l'héroïne est très élevé. S'en suit une dépendance psychique et physique. Il y a différents symptômes de sevrage physique comme, par exemple, la sudation, des diarrhées, des douleurs, une insomnie, une agitation, une angoisse. Ces symptômes durent environ 7 à 10 jours après la dernière consommation. Le risque de rechute reste très élevé²⁸.

2.1.2.3.4 COCAÏNE

En Suisse, en 2007, 4,4% des personnes disaient avoir consommé au moins une fois de la cocaïne. On constate que cette substance est principalement appréciée dans les milieux festifs²⁹. La cocaïne provient des feuilles de l'arbre à coca. Elle est ensuite transformée en poudre. En Suisse, elle reste coupée à de nombreux produits. De ce fait, il ne reste, approximativement, plus que 20% de cocaïne pure dans le produit. Le crack, lui, est sous forme de boulette blanche qui se fume. Le *free*

²⁶ Addiction Suisse, 2014b

²⁷ Addiction Suisse, 2013

²⁸ Addiction Suisse, 2013

²⁹ Addiction Suisse, 2011a

base (de l'anglais "base libre") est une substance fumable. La cocaïne peut être sniffée, injectée ou ingérée. Avec un procédé chimique, elle peut être également fumée.

La rapidité des effets varient selon le mode de consommation. La cocaïne est un stimulant du système nerveux central. Elle diminue la faim et la soif. À grande dose, elle amène à des hallucinations pouvant aller jusqu'à des épisodes psychotiques. Au niveau psychique, il y a un sentiment d'euphorie qui est ressenti, une facilité d'entrer en contact avec les autres et un sentiment de toute puissance. C'est aussi un stimulant sexuel. S'ensuit le *crash*, un sentiment de creux, qui amène à des insomnies, une dépression voire une tendance suicidaire.

La cocaïne amène des modifications psychiques qui produisent de l'agressivité, de l'agitation de l'irritabilité et peuvent engendrer des états d'angoisse et de confusions.

Le *craving* (de l'anglais "désir ardent, appétit insatiable") se fait très vite ressentir avec la cocaïne. De plus, les effets sont relativement courts, poussant ainsi la personne à reprendre du produit de manière compulsive. Ce réflexe peut très vite devenir contraignant et amener à une très grande dépendance psychique. La dépendance physique reste secondaire en vue de l'ampleur que prend la dépendance psychique³⁰.

2.2 LA PRISE EN CHARGE

Dans ce chapitre, je développe les principaux référentiels de prise en charge des troubles psychiques et des addictions. Je fais aussi un état des lieux de ce que dispose le Valais en matière d'institutions.

2.2.1 RÉFÉRENTIELS DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Dans ce chapitre, j'amène les deux manières principales de traiter les troubles psychique, c'est-à-dire les médicaments ainsi que les techniques cognitivo-comportementales.

2.2.1.1 LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

C'est en 1950 qu'apparaît la psychopharmacologie³¹. Chaque psychotrope va faire l'objet d'étude afin de répondre aux besoins de chaque personne atteinte de maladies psychiques. C'est ainsi que vont naître des traitements pour la schizophrénie, pour la dépression, l'angoisse, etc. Les prescriptions de psychotrope vont s'appliquer à toutes personnes dont l'appareil psychique dysfonctionne. Ils permettent de modifier les émotions, les comportements, les fonctions cognitives vitales et les fonctions basales. Les prescriptions vont alors se faire pour des maladies qui sont bien identifiées, pour des troubles ou pour des symptômes³².

Il y a différents médicaments psychothérapeutiques. Tout d'abord, les antipsychotiques qui vont diminuer l'agressivité, l'agitation. Ils vont aussi diminuer les hallucinations et les idées délirantes. Un de leurs effets secondaire est la sédation, le sujet se sent donc très fatigué et manque de vigilance. Ensuite, nous avons les antidépresseurs qui, comme leur nom l'indique, agissent sur la dépression. De nombreux effets secondaires ne sont pas à ignorer comme des troubles sexuels, une prise ou une perte de poids, des tremblements, etc. On constate également qu'il y a une large palette d'antidépresseurs. Il faut donc souvent en essayer plusieurs pour trouver celui qui convient le mieux à la personne. Pour continuer, il y a les stabilisateurs d'humeurs. Ils sont

³⁰ Addiction Suisse, 2011a

³¹ Chabannes Jean-Paul, 2011

³² Chabannes Jean-Paul, 2011

principalement utiliser pour les phases maniaques. Ses effets secondaires les plus fréquents sont une prise de poids, des tremblements, une insuffisance rénale, etc.³³.

Selon Jeammet Philippe, les médicaments psychotropes sont un complément à ce que peut proposer l'environnement et le cadre thérapeutique. Ils vont diminuer les contraintes biologiques que perçoit le sujet. C'est donc un outil qui permet de libérer et non une camisole chimique. Nous pouvons aussi constater que les personnes atteintes de troubles psychiques ne sont pas toujours conciliantes face aux traitements médicamenteux. De ce fait, il faut prévoir un temps de présentation du produit en leur expliquant les effets tout en leur disant dans le même temps que ce n'est qu'un essai afin de leur redonner une certaine liberté. C'est ainsi que l'on va créer une alliance autour du médicament. Comme le dit Jeammet Philippe ;

“Les progrès des connaissances biologiques permettent de produire des psychotropes de plus en plus précis et ciblés dans leurs modes d'action. On est passé de la camisole chimique aux psychotropes comme outils de liberté. Outils de liberté car ils offrent la possibilité de délivrer le sujet, pour partie du moins, du poids des contraintes émotionnelles et cognitives qui freinent ses capacités d'élaboration et de déplacement, c'est-à-dire de ce qui constitue l'essentiel des prérequis d'un travail psychothérapeutique.”³⁴

2.2.1.2 TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

La Technique Cognitivo-Comportementale (TCC) connaît un grand succès depuis les années 50 dans le traitement des troubles psychiques. Elle travaille à modifier les croyances et les pensées irrationnelles qui sont à la base des symptômes. On aide la personne à faire le lien entre les croyances, les perceptions et les réactions émotives et comportementales. Grâce au questionnement socratique, la personne peut aussi envisager d'autres explications. De ce fait, la personne ne va plus faire de conclusions hâtives et pourra prendre plus facilement du recul. Son principal but est de diminuer la détresse en explorant les stratégies adaptatives afin d'amener à de nouvelles stratégies.

Le thérapeute a différents buts en TTC ;

- Créer une alliance thérapeutique
- S'entendre sur le but thérapeutique
- Offrir un cadre sécurisant et stable
- Comprendre les croyances et les pensées du patient
- Travailler sur la détresse
- Augmenter l'estime de soi
- Éviter les rechutes

Il y a différentes techniques propres à la TTC comme la normalisation, la compréhension différente de son expérience, le questionnement socratique et la dissonance cognitive³⁵.

2.2.1.3 ACCOMPAGNEMENT ET SUIVIS DE LA PERSONNE

Comme en tant qu'éducateur nous ne sommes ni thérapeute ni disposé à prescrire les médicaments, il me paraissait important d'ajouter les différents comportements à adopter lors du suivi de ces personnes.

³³ Léonard Louis, Ben Amar Mohamed, 2002

³⁴ Jeammet Philippe, 2002, p. 431

³⁵ Lecomte Tania, Leclerc Claude, 2004

2.2.1.3.1 TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

L'accompagnement et le suivi des personnes borderline sont très difficiles d'un point de vue émotionnel. Souvent la manipulation et le clivage amènent le professionnel à garder une distance pour éviter le conflit ou alors, il engendre un désir de soumettre l'individu. Il est important de garder en vue les besoins du résident et non ceux du professionnel. Le comportement approprié serait d'aborder directement le propos de la manipulation avec le sujet concerné. Cela lui permet, à long terme, de l'aider à exprimer son besoin de manière claire au lieu de passer par la manipulation.

Il est important aussi que les règles imposées soient claires et bien définies. Elles doivent être toujours imposées dans un souci de bienveillance et il faut le rappeler à la personne quand celle-ci s'y oppose.

Quand l'individu fait appel au clivage, il est important de parler avec elle pour l'amener à exprimer et à repérer ses insatisfactions.

Ces personnes nous font souvent entrer dans le "triangle de Karpman" ou également appelé le "triangle dramatique" ; Sauveur – victime - bourreau, proposé par Stephen Karpman en 1968. Il faut tenter de leur faire comprendre qu'elles sont maîtresses de leur propre sécurité et qu'elles sont les seules à pouvoir maîtriser leurs impulsions³⁶.

2.2.1.3.2 TROUBLE BIPOLAIRE

Tout d'abord, il est important pour le professionnel de distinguer les signes et les symptômes de la maladie. On recense trois stades aux épisodes de manie qui touchent l'humeur, la cognition, la perception et le comportement.

Stade 1 : l'hypomanie ; l'humeur est souvent instable et changeante, tantôt exaltée, tantôt irritable. La personne se perçoit comme étant très compétente. Elle a une perception très aiguisée mais est très vite déconcentrée. Elle a une activité physique intense et des comportements un peu excessifs. De nature plutôt extravertie, elle est très sociable mais les relations qu'elle entretient sont souvent superficielles³⁷.

Stade 2 : la manie aiguë ; à ce stade, la personne devient de plus en plus incapable de fonctionner et le plus souvent, elle doit être hospitalisée. On constate alors que les symptômes sont les mêmes qu'au stade de l'hypomanie mais de manière bien plus accentuée. Elle atteint souvent un stade psychotique.

Stade 3 : la manie délirante ; cet état se fait rare car il est souvent pris en charge au stade de la manie aiguë. C'est un état aggravé des symptômes de la manie aiguë. Souvent, il s'accompagne d'hallucinations auditives et visuelles. La personne devient incohérente, confuse, ses activités psychomotrices deviennent frénétiques et ses mouvements sont agités et désordonnés.

Quand la personne est dans une période dépressive, il est important de faire preuve de compassion et de lui donner un espoir de guérison. Le langage corporel peut également aider à lui faire sentir que nous la comprenons et que nous la soutenons grâce au toucher, au ton de la voix, au regard, à la posture, etc. Il arrive fréquemment que les entrevues soient lourdes et pénibles, il serait donc plus approprié de faire de courtes rencontres tout au long de la journée. Il est aussi important de prendre des décisions simples à mettre en place afin de ne pas provoquer chez la personne une trop grande anxiété. Il est important aussi, pour l'estime de soi, d'accorder de petites attentions quotidiennes à la personne et de lui souligner les progrès quotidiens qu'elle effectue.

³⁶ Townsend Mary C., 2004

³⁷ Townsend Mary C., 2004

A contrario, si la personne est en phase maniaque, il est important que le professionnel établisse des règles de manière réfléchie. Il faut mesurer les limites en demandant peu à la fois et en mettant en avant des priorités. Si on ne le fait pas celles-ci pourraient entrer en confrontation. De plus, il ne faut pas trop discuter avec la personne car cela peut augmenter son état de tension. Le professionnel doit privilégier des périodes de calme où il va alors prendre en compte les besoins physiques de la personne. Cela va la ramener à elle-même et elle pourra ainsi se concentrer sur ses propres besoins. Le professionnel peut aussi tenter d'établir un climat propice afin de questionner la personne sur ses idées de grandeur³⁸.

2.2.1.3.3 TROUBLES DÉPRESSIFS

Si on pense qu'il y a un risque que la personne passe à l'acte, il est important de lui en parler directement. Il faut aussi assurer sa sécurité en lui offrant un environnement sûr aussi, il ne faut pas de couteaux à disposition, les produits dangereux doivent être sous clef, etc. Il faut tenter de la surveiller régulièrement et de passer un contrat de non-passage à l'acte avec elle. L'idéal serait d'encourager la personne à exprimer honnêtement ses ressentis.

Il est important d'établir un lien de confiance avec elle et de lui laisser la place pour exprimer sa colère si elle en a besoin.

Le professionnel doit prévoir de petites attentions tout au long de la journée et passer du temps avec la personne en mettant l'accent sur les actions réussies et non sur les échecs. Il faut aussi veiller à ce qu'elle soit le plus autonome possible et pour cela, il est important que les objectifs fixés soit réalisables afin de ne pas la confronter à un nouvel échec³⁹.

2.2.1.3.4 LA SCHIZOPHRÉNIE

Quand la personne atteinte de schizophrénie n'est plus dans la réalité, il est important que le professionnel lui dise qu'il ne partage pas ses convictions. Il peut, pour cela, utiliser le doute raisonnable, et ne pas entrer dans l'argumentation, ou alors la réfutation. Pour aider les personnes qui ont des propos irréalistes, il est préférable de parler avec elles d'évènements et de personnes concrètes. Le professionnel doit éviter de toucher la personne sans avoir son accord. Il doit adopter une attitude d'acceptation et d'ouverture. Il est primordial de ne pas renforcer les hallucinations du sujet en utilisant, par exemple, les termes "voix" ou "hallucinations." Il est fondamental que l'environnement de la personne soit apaisant, sans trop de stimuli. Il faut donc retirer les objets dangereux pour que le lieu soit sécurisant et sécurisé. Quand la communication est difficile, le professionnel peut clarifier et confirmer les dires de la personne pour l'aider à s'exprimer. Il faut aussi tenter d'anticiper les besoins de la personne pour y répondre au mieux.

Mais la relation d'aide avec les personnes atteintes de schizophrénie reste souvent très compliquée. Le professionnel doit faire preuve de patience et tenter de ne pas prendre sur soi. Il faut essayer de les "apprivoiser" en douceur et accepter qu'il y ait des régressions dans la relation⁴⁰.

³⁸ Townsend Mary C., 2004

³⁹ Townsend Mary C., 2004

⁴⁰ Townsend Mary C., 2004

2.2.2 RÉFÉRENTIEL DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

On trouve aujourd'hui de nombreuses approches qui traitent les addictions. Leur but est que la personne dépendante retrouve un plus grand pouvoir d'agir et de faire en sorte que sa souffrance diminue. Il est important de noter que ces méthodes ne s'excluent pas les unes aux autres et qu'elles peuvent être complémentaires. Il n'y en a pas une qui donne de meilleurs résultats, tout dépend des attentes du toxicodépendant.⁴¹

2.2.2.1 LES STADES DU CHANGEMENT

Aujourd'hui, les professionnels se basent principalement sur la théorie du changement proposé par DiClemente Carlo et Prochaska James. Ils tentent d'expliquer comment opère un changement problématique chez l'être humain. Le professionnel peut donc aider à effectuer ce changement en y renforçant la dynamique. Il y a six stades à travers lesquels doit passer la personne dépendante. La personne peut régresser ou avancer selon les périodes de sa vie. Le professionnel se réfère tout au long de la prise en charge à ces stades afin de savoir comment agir au mieux

La pré-contemplation ; est le premier stade que traverse l'utilisateur. La personne n'a pas encore conscience de son problème avec la substance. C'est le déni. Le professionnel peut alors informer la personne avec sa permission sur son comportement, refléter ses inquiétudes et tenter de semer le doute pour amener la personne à réfléchir sur sa consommation. À ce stade, il est souvent difficile pour un professionnel de comprendre le résident.

La contemplation ; est un stade où il est marqué par l'ambivalence. Il y a la volonté de changer mais pas encore la motivation. Il faut essayer de mettre en avant les bons côtés qu'amènerait un arrêt de la consommation puis les mauvais, telle une balance décisionnelle. On fait parler l'ambivalence. C'est là qu'on va utiliser l'entretien motivationnel. La personne est libre et responsable. On ne donne pas encore de stratégie d'action jusqu'à ce que la personne veuille entreprendre un changement.

La préparation ; dès cet instant, le sujet se sent prêt à planifier un plan d'action. Le professionnel matérialise le changement en prévoyant une date, une stratégie qui est adaptée et accessible. On va aider la personne à déterminer son action et l'aider à poser des critères.

L'action ; à ce stade, l'utilisateur commence concrètement les actions comme par exemple un traitement de substitution. Notre objectif est de l'accompagner et de prévoir les obstacles qu'il va y avoir. Et surtout il ne faut pas faire de la rechute un tabou !

Le maintien ; débute six mois après que l'utilisateur ait atteint son objectif. D'abord, les tentations vont baisser et il sera plus simple de fonctionner de cette manière. La confiance en soi s'est aussi développée. Le professionnel va donner des conseils pratiques, maintenir la motivation et soutenir les efforts de la personne.

La rechute ; est souvent une étape difficile à passer pour l'utilisateur. Il y a souvent un sentiment de honte qui apparaît. Il faut dédramatiser et travailler sur les faiblesses. On analyse ce qui a conduit à cet état, on tente d'encourager la personne. Il est important qu'elle apprenne quelque chose de la rechute. Ce n'est pas un point de non-retour, elle fait partie du processus⁴².

⁴¹ <http://www.grea.ch/traitement-retablissement>

⁴² Lançon Christophe, 2013

2.2.2.2 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

C'est Rogers Carl, un psychologue humaniste nord-américain, qui a beaucoup influencé l'entretien motivationnel. Le but est de placer la personne au centre. C'est elle qui a les clefs de sa propre réussite. Cette pratique permet d'enrichir les compétences des professionnels. Il permet à la personne de sortir de l'ambivalence qu'elle a face au changement, car l'ambivalence est perçue comme un frein. C'est donc une collaboration entre deux experts qui va commencer. Le professionnel va alors se baser sur les stades du changement pour savoir comment agir et qu'est-ce qu'il faut travailler. Le rôle du professionnel étant de favoriser le changement.

Cependant, il y a quelques principes à retenir dans cette pratique. Tout d'abord, il faut manifester de l'empathie. L'intervenant reste dans le non-jugement et comprend la personne. Ensuite, il faut renforcer le sentiment d'efficacité personnel de la personne. Troisièmement, il est important que la personne ressente un sentiment de liberté de choix, c'est donc au professionnel de renforcer ce sentiment. Pour continuer, il est important de ne pas forcer la résistance et de ne pas entrer dans l'affrontement. Il faut, au contraire, rouler avec la résistance.

Il y a quelques techniques propres à l'intervention motivationnelle. Pour commencer, formuler des questions ouvertes afin que la personne comprenne qu'elle doit exposer son propre point de vue. Ensuite, la reformulation qui permet non seulement au professionnel d'être sûr d'avoir bien compris mais aussi qui donne du poids aux propos exprimés. L'amplification des propos permet à la personne de relativiser ces dires. Pour continuer, il est conseillé d'inciter les déclarations motivationnelles afin que la personne reprenne confiance. Pour terminer, résumer afin de resituer la personne ainsi que le professionnel dans le récit⁴³.

2.2.2.3 LES PRODUITS DE SUBSTITUTION

La prescription de traitements de substitution se fait généralement dans le cadre d'une dépendance aux opiacés. Elle s'inscrit dans une réduction des risques médicaux, sociaux et judiciaires. Elle peut avoir comme but d'éviter la sensation de manque chez une personne lors d'un emprisonnement ou d'une hospitalisation. La question de l'arrêt n'est pas centrale dans un traitement de substitution. Certaines personnes vont le prendre sur un long terme voire à vie. Tout dépend de l'objectif visé et l'efficacité du traitement. Si la personne continue à consommer cela ne montre pas un échec du programme. Au contraire, il est important de parler du ressenti de la personne et de sa propre vision de sa consommation. Contrairement à l'héroïne, les traitements de substitution ne donnent pas d'effet "flash." Ce qui permet au consommateur d'expérimenter d'autres sensations. Il permet aussi à la personne de sortir du monde de la drogue et de passer d'un univers illégal à un univers médical.

On peut distinguer trois phases dans le traitement de substitution.

La phase d'initiation est la première phase, celle où la personne reçoit pour la première fois le traitement. Le but est de trouver la bonne posologie afin que la personne ne ressente pas de sensation de manque dans la journée. Au départ, la dose est très faible puis elle est augmentée jusqu'à disparition du "craving." Cette phase permet aussi de créer une alliance thérapeutique. Il est donc important de rencontrer la personne fréquemment voire plusieurs fois par jour afin de réaliser des évaluations.

La phase de maintenance ou l'amélioration de la qualité de vie est primordiale d'un point de vue social et personnel. On prend en compte les différents problèmes collatéraux et on amène la personne à retrouver un équilibre. L'absence de rechute et des plaisirs variés restent le meilleur indicateur pour réaliser la réussite du traitement.

⁴³ Lançon Christophe, 2013

La phase d'arrêt du traitement n'est pas à la portée de toutes les personnes. La plupart des usagers restent sous traitement de substitution ou rechute très vite après l'arrêt. Il est donc très important, si ce but est visé, de prévenir les rechutes⁴⁴.

2.2.2.4 L'ABSTINENCE

L'abstinence a été, durant longtemps, le seul moyen de traitement des dépendances. Elle vise un arrêt total de la substance. Elle permet de faire sortir la personne du monde de la drogue. Cette approche reste encore aujourd'hui majoritaire. On remarque qu'au fil du temps, un programme spécifique de prise en charge des personnes toxicodépendantes pour les mener vers l'abstinence va être mis en place. Celui-ci se décompose en quatre étapes distinctes⁴⁵.

L'accueil en est la première. Elle permet d'évaluer la situation de l'utilisateur et de mettre en place un projet thérapeutique.

Viens ensuite **le sevrage**. Le but étant de supprimer le toxique. Celui-ci se fait généralement en milieu hospitalier. L'occasion est aussi saisie pour effectuer un bilan biopsychosocial de la personne afin de détecter les différentes problématiques auxquelles elle est confrontée.

La posture reste le moment charnière du traitement. C'est à cette étape que l'on va tenter de consolider l'abstinence afin de guérir la personne de sa dépendance. C'est un vrai sevrage psychologique. Il est réalisé avec divers techniques thérapeutiques où l'on tente d'apprendre à la personne un nouveau mode de vie. Cette étape est le plus souvent longue.

Pour terminer arrive **la réinsertion** où le sujet retrouve un statut social et des conditions de vie stables.

Certains s'accordent à croire que l'abstinence reste la seule réponse valable face aux problèmes de dépendance. Pour une partie, il faut maintenir une abstinence totale tout au long de la vie. Pour d'autre, l'abstinence est temporaire et permet de soigner les problèmes périphériques qui mèneront d'eux-mêmes à une guérison. Si une abstinence soudaine est trop compliquée à gérer la consommation contrôlée peut devenir une étape à passer pour devenir abstinent tout comme les produits de substitution. On remarque donc qu'il n'y a pas de solution réellement efficace en matière d'abstinence et qu'il faut individualiser les réponses données face à la toxicomanie⁴⁶.

2.2.2.5 LA CONSOMMATION CONTRÔLÉE

La consommation contrôlée est destinée principalement aux personnes consommatrices excessives d'alcool. Son but est de redonner de la confiance en soi, responsabiliser la personne, l'autonomiser et modifier la perception de sa consommation d'alcool afin d'améliorer sa qualité de vie. Le professionnel doit garder une attitude d'acceptation inconditionnelle et d'empathie. Il y a différentes méthodes utilisées lors du programme. Tout d'abord, la personne est amenée à observer sa consommation d'alcool. On va aussi mettre en place un objectif réalisable. Elle sera amenée à identifier les situations où le risque de consommer excessivement est élevé. On va mettre en place certaines stratégies afin que la personne trouve d'autres moyens que la consommation et tenter de réduire voir éviter cette consommation. On va prévenir la rechute et enfin tenter de mieux décoder ses propres émotions. Ce programme se fait en six phases.

Aujourd'hui, on se pose de plus en plus la question de la consommation contrôlée pour les autres drogues. On remarque que nombreuses personnes ont une consommation de drogue festive et occasionnelle. Des programmes de consommation contrôlée adressée à ces personnes pourraient être développés⁴⁷.

⁴⁴ Lançon Christophe, 2013

⁴⁵ <http://www.grea.ch/traitement-retablissement>

⁴⁶ Darcourt Guy et Kipman Simon-Daniel, 2002

⁴⁷ http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Actu/2009/Actes_cc_2008.pdf

2.2.2.6 LES PRINCIPAUX LIEUX DE TRAITEMENT EN VALAIS

Il y a différentes institutions en Valais qui prennent en charge les personnes souffrantes de troubles psychiques.

Pour commencer, la Fondation Domus a pour mission d'offrir un accompagnement socio-éducatif, socioprofessionnel et médico-infirmier à des personnes adultes en situation de handicap psychique. Elle tente de diminuer leur souffrance et de les amener à davantage d'autonomie. Elle opte pour une réhabilitation psychosociale afin de se baser sur les forces de chacun. Elle accueille uniquement des personnes adultes rencontrant des troubles psychiques bénéficiant d'une rente Assurance Invalidité (AI) ou d'un mandat du Centre d'Intégration Socioprofessionnelle (CIS) et tente de les faire évoluer dans un milieu communautaire avec une prise en charge individuelle tout en respectant le rythme de chacun. La Fondation offre plusieurs sortes de suivis. Tout d'abord, il y a la partie hébergement qui assure un accompagnement quotidien aux résidents. Viens ensuite l'appartement protégé où les bénéficiaires sont déjà autonomes, ils travaillent donc sur leur projet de sortie. L'éducateur a un rôle d'accompagnement plus léger. Pour terminer, il y a le Suivi Socio-Éducatif (SSED) à domicile qui permet aux personnes externes à la Fondation Domus de bénéficier un accompagnement personnalisé en réseau⁴⁸.

Ensuite, l'hôpital psychiatrique de Malévoz a pour but de soulager la souffrance existentielle ou relationnelle de ses patients atteints de troubles psychiques. C'est un lieu de soins ouvert où l'on trouve des activités thérapeutiques et des activités libres proposées par les animateurs socioculturels. Leur prise en charge est médicale. Il est intéressant de constater que l'une de leur règle concerne la consommation de stupéfiants qui peut faire l'objet d'un renvoi immédiat⁴⁹.

Pour continuer, le Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficultés (CAAD) offre une prise en charge biopsychosociale, de longue durée, aux personnes souffrant de troubles psychiques avec troubles associés. Cette institution offre différentes prestations telle qu'un accompagnement socio-éducatif en foyer, de manière ambulatoire ou en appartement protégé. Des ateliers sont à disposition des résidents ainsi qu'un soutien médical et un suivi psychologique individuel ou en groupe⁵⁰.

Ensuite, la Fondation Chez Paou a pour but de répondre aux besoins psychologiques de base des bénéficiaires. Elle est composée de deux foyers dont l'un d'eux offre un hébergement pour la nuit aux personnes sans solution de logement. Elle s'inscrit dans la catégorie bas-seuil en offrant des repas chauds, un lit, une possibilité de faire sa lessive et de se laver. Celle de Saxon offre un accompagnement étroit de type social, socioprofessionnel et thérapeutique. Les résidents développent différents projets afin de se réinsérer socialement⁵¹.

Pour terminer, la Fondation Emera dispose de plusieurs lieux d'hébergement. Son but est d'améliorer la qualité de vie de ses pensionnaires en leur offrant un suivi social et socioprofessionnel. Emera tente de réintégrer socialement les personnes souffrant de troubles psychiques⁵².

La référence en matière d'addiction en Valais est la fondation Addiction Valais. Elle a comme mission de prévenir les addictions en informant la population générale. Elle identifie également les populations cibles afin de répondre à leur problématique. Et elle offre aussi des prestations ambulatoires, résidentielles aux personnes dépendantes. Elle s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé. Elle offre différentes prestations. Tout d'abord la prévention. Elle perçoit la totalité des fonds en matière de prévention accordés au canton. Cela lui permet de créer différentes campagnes, d'informer au moyen de son site internet. Ensuite, elle dispose d'un

⁴⁸ <http://www.fondation-domus.ch/>

⁴⁹ Hôpital du Valais, 2012

⁵⁰ HES-SO Valais, Synapsespoir, réseau entraide, 2013

⁵¹ HES-SO Valais, Synapsespoir, réseau entraide, 2013

⁵² HES-SO Valais, Synapsespoir, réseau entraide, 2013

secteur d'aide divisé en cinq centres qui assurent une permanence et offre des entretiens aux personnes dépendantes et à leurs proches. Enfin, elle chapeaute quatre centres de traitements⁵³.

Tout d'abord, les Rives du Rhône qui comportent deux foyers à Salvan et à Sion. Ces deux foyers peuvent accueillir jusqu'à trente résidents et visent à guérir la dépendance. La cure est divisée en trois temps. Elle est basée sur le fait d'apprendre à se connaître et devenir acteur de sa propre vie. Sa spécificité est de prendre en compte la santé physique, affective, mentale mais aussi spirituelle de la personne⁵⁴.

Ensuite, nous trouvons aussi la Villa Flora à Sierre dont la mission est d'offrir aux personnes dépendantes la possibilité d'effectuer une cure, une postcure et aussi des prestations de jours. Son approche est biopsychosociale et s'inspire des douze étapes des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes⁵⁵.

Enfin, il y a Via Gampel qui offre des prestations dans le Haut-Valais toujours pour traiter les addictions⁵⁶.

2.3 MARGINALITÉ

Enfin, ce chapitre est central dans mon travail de Bachelor. Tout d'abord, je commence par définir ce qu'est une représentation sociale et en montrer ces conséquences. Ensuite, j'ai voulu étayer le processus de stigmatisation qui amène à la marginalité qui est en somme mon dernier point.

2.3.1 REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Les représentations sociales teintent notre vie quotidienne. Elles font partie intégrante de la condition sociale. Elles englobent les concepts, les objets physiques et sociaux, les catégories d'individus, nos valeurs, etc. C'est à elles que nous faisons le plus spontanément appel afin de se repérer dans notre environnement. Ce sont elles qui sont à la base de la connaissance vulgaire, elles présentent des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques. Le problème étant qu'elles font primer la logique psychologique et l'affectif, elles n'ont pas besoin de preuves pour être avancées, au contraire de la science. Elles vont de soi. Donc ;

“La réalité n'est pas ce qu'elle est mais ce qu'elles en font et c'est avec une superbe désinvolture qu'elles s'écartent de la connaissance vraie.”⁵⁷

Selon Abric Jean-Claude, (2011), il y a un noyau central à nos représentations. Ce noyau a plusieurs fonctions ; tout d'abord, il donne du sens et de la valeur à la représentation, ensuite, il l'unifie et la stabilise. Ce noyau central contient la nature de l'objet représenté, la relation entre l'objet et le sujet et le système de valeurs et de normes. Il a, à la fois, en son centre, une dimension fonctionnelle qui nous dicte comment réaliser une tâche et une dimension normative donc un stéréotype, une norme ou une attitude dominante envers l'objet. Autour de ce noyau, il y a des éléments périphériques qui ont une place importante. Flament Claude, (2003), leur donne trois fonctions ; d'une part, ils indiquent ce qu'il convient de faire dans une situation, ils autorisent aussi une certaine souplesse dans les représentations et ils protègent le noyau central. De ce fait, les représentations sont extrêmement dures à changer. Il faut d'abord changer ce noyau central afin

⁵³ <http://www.addiction-valais.ch/>

⁵⁴ <http://www.rivesdurhone.ch/>

⁵⁵ <http://www.villaflorasierre.ch/>

⁵⁶ <http://www.viagampel.ch/>

⁵⁷ Mannoni Pierre, 2012, p.5

de modifier la représentation. Pour le transformer, il faut inclure de nouveaux éléments périphériques qui, à terme, amèneront un changement dans la représentation.

Les travailleurs sociaux n'échappent pas à leurs représentations. Si l'on suit la logique citée précédemment, la connaissance d'un domaine, d'un point de vue scientifique, peut changer une représentation d'un groupe d'individus. Par exemple, un travailleur social en formation a une représentation des usagers atteints de troubles psychiques. En étayant ses connaissances sur le sujet, sa représentation va en être petit à petit modifiée. Le fait de côtoyer des personnes malades psychiquement va aussi transformer sa représentation. De même dans le domaine des addictions. Le problème étant que les systèmes sociaux ont été pensés en différentes catégories comme, le souligne Castel Robert ;

“Une prise en charge spécialisée avec des institutions spéciales, des professionnels spécialisés, et même une législation spéciale.”⁵⁸

Dans les cas de pathologie duelle, les professionnels ont eu la possibilité de changer leurs représentations dans leur domaine de prédilection mais pas celles rattachées à la dualité du trouble, c'est-à-dire que la représentation a changé en matière d'addiction mais non en matière de trouble psychique et inversement.

Les représentations sociales amènent donc à des stéréotypes. Les stéréotypes sont des filtres qui nous aident à comprendre rapidement la réalité. On leur donne principalement trois caractéristiques ; d'une part, ils sont socialement partagés, ils sont rigides et enfin, ils sont mal fondés. Les stéréotypes sont les caractéristiques attribuées à un groupe social qui amènent à des généralisations excessives.

Les préjugés sont définis par Delouée Sylvain et Légal Jean-Baptiste comme ;

“Un jugement a priori, une opinion préconçue relative à un groupe de personnes donné ou à une catégorie sociale.”⁵⁹

Ils sont de l'ordre de l'affectif et de l'émotionnel. On trouve trois dimensions aux préjugés ;

- Motivationnelle ; ils permettent de nous faire agir d'une certaine manière
- Affective ; ils engendrent une attirance ou une répulsion face à un groupe de personnes
- Cognitive ; ils se réfèrent à une croyance ou à un stéréotype

On trouve obligatoirement un stéréotype dans les fondements d'un préjugé.

“La discrimination correspond à un comportement négatif non justifiable produit à l'encontre des membres d'un groupe donné.”⁶⁰

Il y a différents types de discrimination ;

- Tout d'abord, la discrimination positive, c'est-à-dire que l'on traite plus favorablement une ou un groupe de personnes. *A contrario*, la discrimination négative est le fait que l'on traite défavorablement une ou un groupe de personnes
- Ensuite, vient la discrimination par action qui est une action qui défavorise, ou par omission qui le fait de ne pas agir qui est défavorisant

⁵⁸ Castel Robert, 1994, p.12

⁵⁹ Delouée Sylvain et Légal Jean-Baptiste, 2008, p.13

⁶⁰ Delouée Sylvain et Légal Jean-Baptiste, 2008, p.9

- Enfin, on trouve la discrimination directe qui est portée directement sur un individu ou un groupe d'individus, ou indirecte qui est une condition qui défavorise une personne ou un groupe de personnes⁶¹

On peut constater que ces trois notions sont intimement liées voire interdépendantes. Dans la problématique de pathologie duelle, les toxicomanes, tout comme les personnes atteintes de troubles psychiques, sont soumis à des stéréotypes qui amènent à des préjugés forts dans notre société. Mais les professionnels aussi ont des stéréotypes et des préjugés face à ces populations.

2.3.1.1 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DU TOXICOMANE

Comme on peut le constater, la consommation de psychotropes est une pratique universelle qui fait partie des époques, des cultures et des groupes. L'histoire des représentations des produits devient donc d'autant plus intéressante. Comme toutes les autres pratiques, elle est construite en fonction des bases socio-culturelles des sociétés. Cela démontre qu'il n'y a pas de domaine dans lequel les hommes n'aient pas apporté de sens symbolique.

Ainsi, chaque société a désigné ses psychotropes favoris et décidé des produits licites et illicites, des personnes autorisées à la consommation ou à la diffusion, et des situations dans lesquelles il est licite ou non de consommer en s'appuyant sur les représentations sociales. C'est ce qui va former une base sur laquelle la société va penser ses normes comportementales et les agissements.

De nos jours, on associe les substances à quelque chose de négatif de manière générale. Le statut légal a aussi une incidence sur la vision d'un produit dans une société. On constate aujourd'hui déjà que les pratiques ont évolué. Par exemple, on remarque qu'il y a une augmentation de la poly-consommation, que le tabac est de moins en moins toléré.

Il y a tout d'abord les approches qui sont centrées sur la personne. On constate que les excès de consommation sont vite dénoncés dans notre société. Le toxicomane devient alors un menteur, manquant de volonté, peu fiable. Si ces comportements sont jugés, c'est parce que les comportements qui en découlent peuvent devenir très vite asociaux. Cette évaluation morale touche les usagers car ils sont dans notre société. C'est à partir de ce regard social dévalorisant qu'apparaît la honte. C'est un sentiment désagréable et il vient avec le regard de l'autre. C'est une émotion qui est complexe et fondamentalement sociale. Le sentiment de honte est une violence externe qui va être intériorisée, il est donc difficile de s'en défaire. Face au risque qu'encourt la personne de disparaître derrière sa différence, donc d'être stéréotypé, elle préfère la dénégation, le déni qui est une protection psychique. La seconde possibilité est la résignation, en avouant sa honte et en acceptant le jugement afin de continuer à appartenir au groupe social. Mais cette méthode affecte la confiance en soi. L'isolement permet aussi de sortir de la honte. On préfère ne plus être vu de peur d'être jugé. Ou encore la revendication que l'on voit dans certains groupes d'auto-support.

Le domaine de la philosophie, dominé par le courant du siècle des lumières, amène une vision de l'homme qui est raisonnable. Nous serions alors capables de prendre des décisions selon ce qui est bon ou non pour nous. Cette idée accentue encore le fait de la responsabilité que nous avons par rapport à nos actes. Cependant, ce courant oublie que nous sommes tout d'abord des êtres de désirs, d'envies et d'émotions. Voir le toxicomane comme un être irrationnel est un peu simpliste. Consommer pour aller mieux n'est pas forcément une attitude irrationnelle. L'utilisateur est en partie responsable de ce qu'il fait car il choisit et agit. La consommation de produits serait un acte raisonnable qui amène plaisir, bien-être et détente. Mais en même temps, on met en suspens notre jugement en mettant de côté les effets négatifs de la consommation de substances.

⁶¹ Steinmeyer Heinz-Dietrich, 2003, p.139

Le domaine médical influence aussi les représentations sociales. Il apparaît plus tard et fait passer l'idée du toxicomane méprisable à l'idée de celui victime, qui a droit à la compassion et au soin. Mais cela peut exclure la notion de choix et les motivations de l'individu. La consommation est un comportement qui amène à des maladies et non une maladie en soi. On peut dire "demain, j'arrête de fumer" mais on ne peut pas dire "j'arrête d'être diabétique." On peut choisir et réussir à ne plus être dépendant. Si l'on accepte sa dépendance, il n'y a pas de maladie. C'est dans l'aliénation et la souffrance que le toxicomane devient malade. On remarque alors que la subjectivité est très forte dans cette notion. C'est à partir du moment que le toxicomane veut arrêter et qu'il n'y parvient pas qu'il devient un malade.

Certaines approches mettent au centre le produit. Ces approches montrent que c'est le produit qui fait de la personne un toxicomane. Le domaine judiciaire a donc une grande influence aussi sur les représentations sociales des substances. C'est lui qui va apposer l'étiquette de déviant ou non selon la substance consommée. Il est aussi étrange de constater que les lois ne se basent pas forcément sur la dangerosité des produits pour les rendre légales ou non. Cela montre que les dimensions sociales et politiques sont, elles aussi, influencées par les représentations des produits. De nos jours, la répression reste encore très présente en Suisse.

Les approches centrées sur le social expliquent l'excès d'après les conditions de vie. À ce jour, notre société est devenue terriblement individualiste. Il y a une augmentation de la valeur de liberté et un affaiblissement des liens sociaux. Actuellement, l'accent est mis sur le devoir de se réaliser. Cela amène à une idée qu'il faut réussir à tout prix. Il y a une vraie fragilité, aujourd'hui, de l'individu à se retrouver seul face à la réalisation de sa vie et seul à trouver du sens en celle-ci. La consommation du produit est aussi en lien direct avec cela et se retrouve au cœur du social. Les personnes qui prennent des médicaments pour tenir le coup au travail, pour dormir ou autre, montre à quel point le produit sert d'intégrateur social. Comme le dit Girod Isabelle ;⁶²

*"Notre société est marquée du sceau de la vitesse, sorte de dictature du temps immédiat, de l'intensité et de l'immédiateté. Le plaisir peut bien sûr provenir d'autres sources mais les produits psychotropes sont ceux qui ont ce formidable potentiel d'un effet explosif et instantané."*⁶³

Il y a trois représentations sociales fortes de la personne toxicodépendante en occident.

Le malade ; Dans notre société, la valeur de santé a pris une très grande place. Suivant cette logique, la toxicomanie est très vite entrée dans le domaine médical et a été taxée de maladie. Mais cette notion amène l'idée d'une perte de contrôle de l'individu, d'une irresponsabilité face à ses actes. L'approche biologique montre que la toxicomanie est une maladie chronique dont l'individu ne peut pas modifier son état. Au contraire, selon l'approche psychosociale, le toxicomane peut changer sa condition, il peut agir et donc son état est réversible. Le problème étant que pour être malade, il faut avoir une atteinte biologique préalable. La toxicomanie regroupe des symptômes d'un mal de vivre, il n'y a rien au préalable d'un point de vue biologique qui pourrait prédire une future dépendance.

On peut alors se demander si l'on n'a pas classé la toxicomanie comme maladie car elle est une désapprobation sociale. De plus, cela amène une étiquette lourde de conséquences pour une personne dépendante car elle rend la personne irresponsable de ses actes et celle-ci peut trouver une solution simplement dans le traitement, l'hospitalisation et la chirurgie. Dire à un toxicomane qu'il est malade permet de le décharger d'une partie de lui-même qui est honteuse, de le déculpabiliser mais cela au prix d'une perte totale de responsabilité. Néanmoins, voir le toxicomane comme responsable de sa toxicomanie est une idée encore très répandue. Cette idée

⁶² http://www.fordd.ch/new/espace/2013-2014/M2/Res-approche_multifactorielle-14.pdf

⁶³ Girod Isabelle, 2014, p.4

met au centre la notion de culpabilité. À chaque rechute, le toxicomane se rend compte qu'il n'arrive pas à sortir de sa dépendance, se rendant responsable, et devient de plus en plus coupable jusqu'à se résigner à cette étiquette.

"L'idée de maladie associée à la perte de contrôle est un catalyseur de l'aggravation des difficultés."⁶⁴

Il y a aussi toute une mythologie autour de la personne toxicomane, car la "drogue" fait peur, elle remet en question de nombreuses valeurs dans notre société. Et pourtant, au fond, elle reste un grand facilitateur social. En faisant de la toxicomanie une maladie, on a construit une nouvelle représentation sociale. Désigner un comportement en le classant dans maladie va modifier ce comportement.

En conclusion, médicaliser la toxicomanie a permis, d'une part, de faire avancer la compréhension de ce concept. Mais l'on constate aujourd'hui encore, qu'il n'y a que deux réponses pour la personne dépendante ; la guérison ou, si elle ne s'y résout pas, la punition. De nos jours, le modèle médical est extrêmement valorisé et amène une importante crédibilité ce qui fait succomber certaines institutions à cette approche.

Le fou ; Le diagnostic d'une conduite psychopathologique est d'autant plus intéressant car ce qui assure sa validité reste encore très flou et incertain. Par contre, c'est un instrument de pouvoir très puissant. Pouvoir classer chaque comportement de désobéissance dans maladie mentale permet de maintenir le calme. Les "fous" sont gérés, contrôlés et réhabilités.

"Le repérage des "dysfonctionnels" est maintenant assuré, tous peuvent s'y retrouver inscrits sous différents axes et chaque tentative d'y échapper atteste du diagnostic."⁶⁵

Tout d'abord, on peut se demander, qu'est-ce qu'une maladie mentale ? Ce qui est sûr c'est que lorsqu'elle est diagnostiquée, la personne se trouve affectée dans son intégralité car il y a toujours, au sein de notre société, une peur de la maladie mentale. La psychopathologie sert à séparer ce qui est normal. De ce fait, cela démontre une bonne adaptation à la réalité de ce qui est anormal. Cela résulte à une désadaptation et a un rejet de la société. Il y a de nombreuses recherches effectuées en neurologie pour trouver la lésion, le défaut qui causerait la toxicomanie. Mais est-ce que cela amènerait vraiment quelque chose de positif aux personnes dépendantes ? Mis à part de sceller une fois pour toute le médical au comportemental ?

Trouver une origine génétique à la toxicomanie est très compliqué. Car elle résulte d'interaction entre de nombreux facteurs et non de la somme de ces facteurs. Mais on constate aujourd'hui, qu'il y a de plus en plus une médicalisation de nos émotions. La toxicomanie n'est pas une maladie mentale mais elle entretient des liens étroits avec celle-ci. Certaines maladies prédisposent à la consommation de produits alors que dans le même temps, les symptômes de la toxicomanie ressemblent à de nombreux symptômes de la maladie mentale. La drogue amène des problèmes de santé. C'est cela qui crée le lien avec le médical.

Pour Szasz Thomas, cité par Rassart Marc, (2011), la psychiatrie est un autre moyen de contrôle social. Dire d'un toxicomane qu'il est malade mental permet de l'étiqueter car il représente une menace pour les autres. Il va même plus loin. Il dit que cela sert à donner une raison au traitement imposé à cette population. Pour lui, la maladie mentale est un mythe afin de montrer les comportements socialement dévalorisés.

⁶⁴ Rassart Marc, 2011, p.129

⁶⁵ Rassart Marc, 2011, p.131

“Szasz établit un parallèle entre les sorcières et les hérétiques du Moyen-Âge pourchassés par l’Église et les toxicomanes persécutés par la justice et la médecine dont ils remettent en cause le pouvoir.”⁶⁶

La persécution des toxicomanes est aussi un moyen de conserver notre société. Le reproche qui est fait au DSM est aussi de ne faire que des descriptions de comportement par rapport à la drogue utilisée. Il reste, en ce sens, très subjectif et permet de voir une problématique partout. Il justifie que le toxicomane, qui n’est pas exclu de manière judiciaire, soit enfermé de manière pathologique car le diagnostic confirme sa dangerosité.

Pour terminer, on pourrait alors se demander si la création de la psychopathologie ne serait pas là une belle invention pour trouver une nouvelle façon de stigmatiser, d’étiqueter des comportements qui sortent de la norme ? Et donc, le fait de faire entrer la toxicomanie dans la psychopathologie établit que ;

“Les personnes dépendantes sont intrapsychiquement faibles, en perte de contrôle, qu’elles le sont et le resteront, de la même façon que les troubles mentaux sont dits irréversibles.”⁶⁷

Le criminel ; Aujourd’hui, le fait que les produits stupéfiants soient illégaux amène les toxicomanes à être des criminels. De considérer que ce trouble amène à des actes criminels permet de garder les personnes dépendantes sous contrôle permanent. Pour le système judiciaire, s’il y a des actes criminels, c’est à cause des criminels. Il faut alors les punir et les exclure pour protéger la société. Avec l’apparition de la prohibition dans les années 20 aux États-Unis, il y a eu une augmentation de la vision de la toxicomanie perçue comme un vice. Arrive alors l’idée de la répression. À partir de là, il y a eu une intensification de la criminalité et une plus grande marginalisation de populations déjà marginalisées. Le problème est que le système judiciaire ne fait pas de distinction entre les personnes qui abusent de la drogue ou qui en font un usage simple. Les dépistages de drogue montrent si quelqu’un en a pris et non s’il est dépendant à la substance.

En criminalité, on a fait de certaines substances la raison même de l’acte criminel. Pourtant, il est difficile de faire un rapport réel de causalité entre substance et crime. Mais cela justifie le fait que les toxicomanes doivent être surveillés de près. Tout d’abord, le milieu judiciaire traque souvent les criminels. On peut penser qu’ils consomment alors pour trouver un peu de répit face à cette pression. La littérature qui traite d’un lien de causalité entre criminalité et toxicomanie est abondante. On remarque dès lors que de nombreux criminels consomment des produits psychotropes. Cependant, il est impossible de faire une réelle relation cause à effet. On remarque aussi que beaucoup de criminels le sont par la simple consommation de substances psychotropes. Le modèle “tripartite drogue-crime” amené par Goldenstein cité par Rassart Marc, (2011), a amené une grande évolution dans la compréhension de cette problématique. Pour lui, il y a trois schémas qui sont suivis ;

Le modèle économique-compulsif montre que lorsqu’on est dépendant au produit, il nous faut de l’argent pour se le procurer. C’est cette manière de se procurer de l’argent qui amène à de la criminalité lucrative. Le modèle systémique lui dit que les personnes toxicomanes se retrouvent dans des milieux où la criminalité est encouragée. C’est l’environnement qui favorise l’usage de drogue et qui va faire en sorte que l’individu en prenne. Tous les domaines touchant à la drogue sont d’ordre criminel ; de la production à sa consommation. Le modèle psychopharmacologique explique que la personne est intoxiquée par une substance et cela va la pousser à être violente.

⁶⁶ Rassart Marc, 2011, p.139

⁶⁷ Rassart Marc, 2011, p.142

Les modèles corrélacionnels d'autres facteurs entrent en jeu. Là, les causes sont externes On trouve le modèle psychopathologique qui montre que la délinquance et la toxicomanie sont des traits de personnalité, et le modèle psychosocial qui explique que l'individu est en rupture avec la société.

Mais dans tous ces courants on a l'impression qu'il manque quelque chose car ils n'arrivent jamais vraiment à expliquer le rapport drogue-criminalité. Ce rapport est fait de nombreux facteurs qui interagissent les uns avec les autres. De plus, le sujet se construit petit à petit son identité de déviant. Il est aussi en interaction permanente avec son environnement. Il participe à ce qu'il lui arrive. C'est un style de vie qu'il se crée. Cette approche permet alors de prendre en compte et l'individu et son environnement.

Ce qui est sûr c'est que les substances n'ont pas, intrinsèquement, un pouvoir de rendre les gens criminels. Ces modèles amènent très vite à une vision réductionniste de la relation entre drogue et délinquance. On peut même se poser la question de leur utilité car il explique mais ne donne pas d'outils réels pour intervenir avec cette population⁶⁸.

Pour conclure, on remarque que chacun a son histoire et son corps. La toxicomanie a de nombreuses approches qui contiennent chacune une part de vérité. Aussi, chacune d'elles amènent à des représentations différentes de la personne toxicomane. Tantôt perçue comme malade et irresponsable, tantôt comme un délinquant voire comme une victime de notre société. Ce qui est dangereux c'est de se focaliser sur une seule cause de l'addiction. Il est important de prendre la personne dans toute sa complexité et sa globalité. Il n'est pas qu'un toxicomane malade ou un délinquant méchant, il reste, au fond, un être humain dans toute sa complexité. Les critères de l'addiction doivent donc rester subjectifs.

2.3.2 PROCESSUS DE STIGMATISATION

C'est le processus de stigmatisation qui participe à la marginalisation de la personne. Je vais donc tout d'abord définir ce qu'est la stigmatisation en me basant principalement sur les écrits de Goffman Erving, puis montrer que la déviance et le contrôle social sont étroitement liés à cette notion.

2.3.2.1 LA STIGMATISATION

Pour Goffman Erving⁶⁹, une personne stigmatisée est ;

“Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie de personnes qui lui est ouverte, et aussi moins attrayant, qui, à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux, ou sans caractère. Ainsi diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé.”

Donc le stigmate est l'attribut qui amène l'individu à être différent du groupe dans lequel il se trouve. Les stigmates naissent des représentations que l'on s'en fait. Ils sont alors reliés à la notion de stéréotype. On peut donc dire que les personnes toxicodépendantes et que les personnes souffrant de troubles psychiques ont des stigmates et sont stigmatisées.

Toujours selon Goffman Erving, il y a trois types de stigmates ; les monstruosité du corps, les stigmates tribaux et les tares de caractères. Ces derniers sont plus précisément en lien avec mon sujet car il regroupe les stigmates en lien avec le passé de l'individu ou alors lié aux traits de

⁶⁸ Rassart Marc, 2011

⁶⁹ Goffman Erving, 1975, p.12

caractère comme par exemple ; les malades mentaux, les drogués, les alcooliques, etc. Les “normaux” ont des attitudes discriminatoires face aux stigmatisés. C’est pour cela que l’individu ressent de la honte et du dédain envers lui-même. Face à cette situation, l’individu a plusieurs façons de réagir. Tout d’abord, la tentative de correction directe en espérant faire disparaître le stigmaté. Ensuite vient l’amélioration indirecte de leur condition en cherchant à compenser leur stigmaté. Et enfin, en positivant la situation, c’est-à-dire en montrant les bienfaits du stigmaté.

Selon Goffman, tout individu catégorise en attribuant une identité sociale aux autres individus. Pour cela, il va se fier à la première impression. Tout ce que nous attendons d’un individu, selon ce que nous percevons, s’appelle l’identité sociale virtuelle. Au contraire, ce qu’il est vraiment relève de son identité sociale réelle. C’est donc dans l’interaction entre individu normal et individu stigmatisé que va se développer une difficulté. D’une part, l’individu stigmatisé est angoissé car il ne sait pas comment l’autre va l’identifier. Face à cela, il peut soit se faire très discret ou, au contraire, s’imposer fortement. Les normaux, eux, ne savent pas non plus comment réagir. Naît alors un sentiment de malaise dans l’interaction. Pour remédier à cela, les stigmatisés cherchent souvent une personne partageant le même stigmaté afin de se sentir soutenus.

Il y a parfois des “initiés” qui sont normaux mais qui peuvent comprendre la situation du stigmatisé. De ce fait, il n’a plus à éprouver de honte. Il est alors perçu comme quelqu’un d’ordinaire. Les professionnels qui travaillent dans des institutions soignant ces personnes sont considérés comme des initiés, car ils connaissent parfois plus le domaine que le patient lui-même. Cette relation de stigmatisé-initié peut amener certaines difficultés. Ce premier a souvent peur que l’initié retourne la situation car l’acceptation du stigmaté de l’autre n’est pas toujours acquise. Il se demande aussi souvent s’il est bien vrai qu’il est accepté. Dans les institutions, on peut alors se douter que les personnes subissant un double stigmaté ressentent d’une manière plus forte encore ce sentiment. Et l’on peut aussi se demander si le professionnel est toujours un initié quand il s’agit du stigmaté qui n’est pas traité dans l’établissement.

Le moment où l’individu apprend qu’il a un stigmaté a aussi une certaine importance. Ce qui peut l’amener à une certaine ambivalence. Il y a tout un processus d’affiliation à son nouveau groupe qu’il rejoint tantôt puis qu’il rejette ensuite pour tenter de réintégrer le groupe des normaux. Dans le cadre de mon mémoire, les personnes atteintes de troubles psychiques, ou qui ont des problèmes de dépendance, l’apprennent souvent sur le tard. Ce qui, pour Goffman, amène à une réidentification. Il y a aussi une remise en question de son passé en tant que personne normale. Ayant connu les deux identités, il peut aller jusqu’à une désapprobation sévère de lui-même. La difficulté étant également qu’avec un double diagnostic, la personne appartient à deux groupes de stigmatisés, ce qui perturbe encore d’avantage son identification à un groupe.

Pour continuer, il y a deux types de stigmatés, visibles ou non. Les individus discréditables ont des stigmatés non visibles. Ils peuvent alors user de stratégies afin de les dissimuler, contrairement aux individus discrédités qui ont des stigmatés visibles. Face aux discrédités, les normaux tentent d’être indifférents, ce qui génère une pression. Les discréditables, eux, ne savent pas quand ni à qui ils doivent taire ou dévoiler leur stigmaté. Ils peuvent aussi s’enfoncer dans leur mensonge. Alors, s’ensuit la reconnaissance de trois types de lieux. D’une part, les lieux interdits où la révélation du stigmaté amène à l’expulsion. Ensuite, les lieux policés où le stigmaté est traité avec respect. Et enfin, les lieux retirés où ils peuvent vivre librement en montrant leur stigmaté. Il faut alors qu’ils développent un contrôle de l’information selon les lieux où ils se trouvent.

Goffman nous dit qu’il y existe six techniques de contrôle. Le stigmatisé peut dissimuler ou effacer les signes de son stigmaté, donner une information sociale qui contredit le stigmaté, faire passer son stigmaté pour un stigmaté jugé moins grave, faire des alliés les personnes les plus susceptibles de voir le stigmaté, garder ses distances et enfin, se dévoiler de manière volontaire et radicale. Mais le discréditable peut être découvert à tout moment. Il est sûr qu’une institution qui traite des troubles psychiques est un lieu retiré mais seulement en ce qui concerne les troubles psychiques.

Dans le cas d'une toxicomanie qui viendrait s'ajouter, le lieu deviendrait, pour ce stigmaté, un lieu interdit où l'individu risque l'exclusion.

Chez les individus portant un stigmaté, le problème est celui de l'ambivalence. Il y a toujours une tension entre rejoindre les siens ou alors aller vers les normaux. Le problème étant qu'ils portent le même regard que les normaux sur les siens, en hiérarchisant leur stigmaté. Ils ressentent alors une certaine ambiguïté dans leur identité propre. Souvent, dans ce cas, ils se retournent alors vers les professionnels. Ceux-ci vont leur conseiller, d'une part, d'adopter une attitude jugée militante par Goffman. Il faudra alors afficher leur stigmaté, voire même en accentuer les différents stéréotypes. Mais on va aussi leur conseiller de se joindre aux normaux. Il faudra s'intégrer et se considérer comme un individu aussi achevé que quiconque. Le discours des professionnels est alors complètement contradictoire, ce qui rend encore plus difficile la construction de sa propre identité. On retrouve souvent ce type de situation au sein des institutions sociales.

De surcroît, dans notre société, il y a un partage des normes d'identité. Même si l'on veut adhérer aux normes, cela n'est pas toujours possible. Elles sont un idéal que peu de personnes peuvent réellement atteindre et tout le monde peut, par moment, être identifié de manière négative et se sentir déviant. Pour cela, les individus ont trouvé une stratégie. Premièrement, un groupe d'individus va s'identifier à une norme en la jugeant inaccessible. De ce fait, nous ne sommes plus déviants comme elle est inatteignable. Deuxièmement, il est possible aussi de s'écarter d'un groupe dont la norme est hors d'atteinte pour en rejoindre un nouveau groupe avec d'autres normes. À ce moment-là ;

“Le problème n'est plus de savoir si telle personne a l'expérience du stigmaté ou non, car cela est sûr, mais par combien de variétés elle est passée.”⁷⁰

Le normal et le stigmaté alors ne sont plus que des points de vue selon où l'on se situe. Les personnes stigmatisées réagissent donc de la même manière qu'un “déviant normal.” Donc si l'on sait jouer le rôle du stigmaté, l'on sait jouer le rôle du normal et inversement. Les attitudes d'un déviant deviennent alors normales. La souffrance ne vient donc pas du fait de s'apercevoir que l'on est exclu ou non de la société mais de savoir ce que l'on est devenu.

Enfin, pour Goffman, il y a différents types de “déviateurs.” Il y a, tout d'abord, le déviant qui ne dérange pas tant qu'il assume son rôle. Son rôle peut être celui du malade ou alors de quelqu'un de haut placé. Ensuite, il y a le déviant intégré. C'est une personne qui joue un rôle central dans un groupe social en déviant. Il appartient donc au groupe avec son propre statut. Par contre, si l'on applique ces règles à un groupe social plus grand, comme les métropoles, alors on parle de marginaux. Ce sont des gens qui refusent leur statut de déviant tout en étant déviant. S'ils le font pour eux-mêmes, ce sont des “personnages, si leurs activités déviantes se réduisent à un lieu, ils sont des “adeptes” mais s'ils se rassemblent en une sous-communauté alors ils deviennent des déviants sociaux. Les clochards, les poivrots, les drogués, tout cela entre dans cette dernière catégorie ;

“Ce sont eux les impies, eux les échecs de la société quant aux motivations qu'elle propose.”⁷¹

On les tolère provisoirement tant qu'ils se délimitent dans leur “ghettos.” Eux-mêmes se définissent comme égaux aux normaux, voire même au-dessus et le revendiquent.

En conséquence, nous pouvons voir l'institution comme étant une microsociété. Dans le cadre d'une institution qui traiterait des troubles psychiques la norme serait d'avoir un trouble. Mais dans le cas d'un toxicodépendant, il deviendrait alors hors-norme et porterait un stigmaté. Les

⁷⁰ Goffman Erving, 1975, p.152

⁷¹ Goffman Erving, 1975, p.167

“normaux” qui l’entourent seraient alors amenés à avoir des comportements discriminatoires envers lui.

Pour Bruce G. Link et Jo C. Phelan, il y a un processus dans la stigmatisation qui mène à la discrimination.

Tout d’abord, ils rendent compte que certaines différences sont bien plus importantes que d’autres dans notre société comme la couleur de la peau face à la couleur de notre voiture. Il y a donc une hiérarchisation des différences humaines. Une fois que ces différences sont étiquetées, elles ne sont plus remises en question et sont tenues pour vraies. C’est en ce sens qu’elles ont du poids. L’hyper-simplification est aussi requise afin de créer des groupes. Elle permet de ne plus faire attention aux variabilités entre les individus comme le fait que lorsqu’on parle de noir et de blanc, on ne fait plus attention aux différences qu’il y a entre les noirs et entre les blancs. Il est aussi important de noter que les caractéristiques qui sont jugées importantes socialement dépendent d’un contexte culturel. C’est pour tous ces critères qu’ils ont choisi d’utiliser le terme “d’étiquette.”

Pour continuer, on lie les étiquettes à des stéréotypes. C’est donc cette étiquette, assemblée à un ensemble de caractéristiques négatives, qui vont, conjointement, devenir un stéréotype. Ce processus est souvent automatique et va donc faciliter l’efficacité de la connaissance. Il permet aussi de prendre plus rapidement certaines décisions afin de traiter d’autres questions plus compliquées.

La troisième composante du processus de stigmatisation est la séparation grâce aux étiquettes du “nous” et du “eux.” On perçoit alors ces personnes étiquetées comme un groupe extérieur. Cela vient du fait que l’on pense que les personnes avec leurs caractéristiques négatives sont foncièrement différentes de nous. Il devient alors plus facile encore de leur attribuer toutes sortes d’autres particularités négatives. Ce qui fait “d’eux” des personnes qui ne sont plus vraiment des êtres humains, amenant de ce fait à des traitements monstrueux et justifiés. On constate aussi ce phénomène avec les personnes schizophrènes. On parle, par exemple, d’une personne qui a une maladie du cœur mais on parle d’un schizophrène. Cela montre bien qu’on l’exclut du groupe “nous.”

Ensuite, vient alors la perte du statut de la personne étiquetée et la discrimination. On va abaisser la personne dans une hiérarchie de statut car elle est en proie à des caractéristiques indésirables. Cela va amener à des formes d’inégalité au sein des interactions sociales. Mais cela va aussi amener le groupe à avoir des attentes de performance les uns envers les autres selon le statut attribué. Arrive alors la discrimination. Tout d’abord, la discrimination individuelle. Celle-là se résume au fait que la personne A va avoir des comportements discriminatoires envers la personne B qui a été étiquetée et stéréotypée préalablement par celle-ci. Cela va amener à des inégalités sociales aux cours de la vie. Ultérieurement vient la discrimination structurelle. Ce sont des pratiques institutionnelles qui vont pénaliser les groupes stéréotypés. Par exemple, un milieu qui est handicapant. On remarque alors que le stigmate vient affecter l’environnement et l’expose alors à des conjonctures déplaisantes. La perte de statut amène à la discrimination. La dévalorisation dans une hiérarchie de statuts a des effets sur les chances de la personne. C’est ce statut moindre qui est à l’origine de comportements discriminatoires. Il a donc de nombreuses répercussions directes et négatives sur la vie de la personne.

Cela va amener aussi la personne stigmatisée à avoir des comportements qui peuvent renforcer l’étiquette et le stéréotype. Comme elles ont peur d’être rejetées, elles vont agir d’une manière moins confiante et vont être davantage sur la défensive. Pouvant même aller jusqu’à éviter certains contacts jugés menaçants. Il y a aussi une angoisse naissante chez ces personnes qui ont peur d’accentuer le stéréotype par leur comportement ou d’y être directement rattachées.

Arrive alors une sorte de cercle vicieux. Si les personnes ne se résignent pas à leur statut, c'est la discrimination directe qui va être utilisée pour les y contraindre. De ce fait ;

“Tant que les groupes dominants gardent leur point de vue sur les personnes stigmatisées, diminuer l'utilisation d'un mécanisme par lequel l'inconvénient peut être réalisé, crée en même temps l'impulsion nécessaire pour accroître l'utilisation d'un autre.”⁷²

Mais ces concepts sont à mettre en lien avec la notion de pouvoir. Sans pouvoir il n'y a pas de discrimination. La puissance sociale, économique et politique a un rôle très important à jouer. Ce sont les personnes de pouvoir qui peuvent apposer les étiquettes et les faire durer. Nous pouvons alors remarquer ;

“Ainsi, le stigmate existe lorsque des éléments de l'étiquetage, des stéréotypes, de la séparation, de la perte de statut et de la discrimination se produisent ensemble, dans une situation de pouvoir qui le permet.”⁷³

2.3.2.2 LA DÉVIANCE

Selon Rassart Marc ;

“La déviance ne serait pas un trait des individus, mais un rapport de pouvoir dans lequel la norme est déterminée à partir de ce qui est hors-norme et aide à entretenir un rapport de domination, dans le but de normalisation et de contrôle, l'exclusion servant à démarquer l'anormalité.”⁷⁴

Lemert Edwin, cité par Rassart Marc (2011), a développé une théorie qui va amener l'idée d'étiquetage dans la déviance. Pour lui, c'est le contrôle social qui produirait de la déviance. Un acte devient déviant seulement sous le regard d'autrui. C'est l'interprétation que va en faire l'autre qui va conditionner la nature déviante de l'acte ou non. C'est à partir de la réaction de l'autre que l'étiquette de déviant est posée.

Howard Becker (1985) propose de montrer le processus de la déviance. Il l'appelle “carrière sociale de la déviance.” Tout d'abord, il faut commettre une transgression de la norme. Ensuite, il parle d'engagement, c'est-à-dire qu'il faut passer d'une expérience qui est occasionnelle à une activité déviante régulière. Pour continuer, il faut être pris et publiquement désigné comme déviant, ce qu'il nomme “la désignation publique.” Enfin, on entre dans un groupe de déviant organisé. C'est en-là que l'on remarque que la déviance peut être perçue comme une carrière avec des grades à passer. On constate aussi que l'étiquetage a tout son sens dans la théorie de la déviance. Ce sont les autres qui font de nous des déviants ou non.

2.3.2.3 LE CONTRÔLE SOCIAL

Selon Montoussé M. et Renouard G., le contrôle social est ;

« L'ensemble des contraintes exercées par le groupe sur l'individu afin qu'il respecte les normes. »⁷⁵

Au sein des communautés, il y a un fort sentiment d'interdépendance entre les membres de celles-ci et d'appartenance au groupe. On y trouve de nombreuses normes, croyances et traditions. Les communautés sont souvent marquées par une immobilité sociale. C'est-à-dire que géographiquement, les membres passent toute leur vie au même endroit. Ils sont donc

⁷² Jacquin Philippe, 2001, p.18

⁷³ Jacquin Philippe, 2001, p.21

⁷⁴ Rassart Marc, 2011, p.172

⁷⁵ Montoussé Marc, Renouard Gilles, 2006, p.80

constamment en lien avec le même groupe de personnes et vivent continuellement sous leur regard. La déviance était alors directement repérée par autre membre du groupe. Le contrôle social est alors très fort dans ces conditions.

Le nombre de communautés a progressivement diminué durant le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle avec le primat de la liberté individuelle grandissante. Ce qui a fortement diminué le contrôle social de proximité, permettant ainsi à tout à chacun de trouver des moyens pour être hors de "contrôle." Petit à petit est alors apparu une autre forme de contrôle social, celui qui provient des institutions, et plus précisément des institutions judiciaires. Aujourd'hui, c'est l'État qui impose les normes à respecter et donne les sanctions et les récompenses. On a aussi vu l'émergence de règles intériorisées par les individus. Le contrôle de nos émotions, de notre violence et de nos pulsions "animales" a amené au savoir vivre, aux règles de politesse, etc. C'est un contrôle de l'intérieur qui est possible seulement quand les individus ont intégré les normes et les valeurs. Si l'autocontrôle devient fort, il permet au contrôle social de s'affaiblir et le contrôle formel peut diminuer l'exercice de la contrainte physique.

Mais on constate qu'à partir des années 60, il y a une perte de l'efficacité du contrôle social et une remise en question de l'autocontrôle. À l'époque industrielle, nombreuses institutions exerçaient la surveillance et la punition tel que l'école, l'usine ou encore la prison. Aujourd'hui, on constate que ces institutions ont perdu de leur autorité. Les agents du contrôle social ont alors dû remettre en question leur rapport aux sanctions et aux règles. De nos jours, l'individu est appelé à développer son potentiel plutôt que d'obéir aux normes. La recherche du plaisir a aussi remplacé la prédominance de la rigueur et de l'obéissance. L'autocontrôle s'est donc affaibli laissant place à un individualisme sociétal où chacun est libre de choisir quel type de relation il veut avoir avec l'autre. On constate alors que ;

*"Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les valeurs sont hétérogènes et les individus ne peuvent plus jouer spontanément un rôle social unique et admis par tous. Ils sont obligés de trouver eux-mêmes un sens à leur vie en combinant des expériences sociales."*⁷⁶

2.3.3 MARGINALITÉ

Il y a une double dimension à la marginalité, d'une part, spatiale et culturelle. On peut la voir comme le synonyme de l'exclusion car elle est la conséquence d'un mécanisme de discrimination. Elle est donc à la fois une position géographique et un état social. Elle peut être quantitative et mesurable ou qualitative et décrétable. Il y a donc plusieurs idées dans le concept de marginalité. D'une part le couple centre-périphérie mais aussi normalité et déviance.

En sociologie, au départ, on tentait de définir la personnalité des personnes marginales. On voyait une tendance à considérer le changement social comme facteur de la marginalité. Donc les recherches étaient centrées sur l'adaptation ou l'inadaptation de l'individu aux structures sociales. Aujourd'hui, on tente plutôt d'étudier la situation marginale. Il y a donc deux approches selon le sociologue latino-américain Vascino T. (1976), cité par Rioux Liliane (1998) ; si le problème se focalise sur l'intégration de la société, ce sont les notions de pouvoir et de domination qui sont essentielles ; mais si le problème se centre sur l'intégration dans la société, il faut se focaliser sur les individus ou les groupes marginaux. La plupart des sociologues ont tenté de définir la marginalité en termes de déviance et de contrôle social. Donc elle est en lien avec les normes et avec l'individu qui vit négativement une situation. Les marginaux sont aussi perçus comme dangereux ce qui permet de légitimer cette fonction de repoussoir qu'ils ont. Elle est aussi perçue comme positive par les sociologues car c'est la marginalité qui permet de faire évoluer les

⁷⁶ Montoussé Marc, Renouard Gilles, 2006, p.101

mentalités. La dimension spatio-culturelle de la sociologie est représentée par Mancini Billson Janet (1988), cité par Rioux Liliane (1998), et montre trois significations de la marginalité ;

- Au départ, une marginalité culturelle comme des problèmes interculturels
- Ensuite, une marginalité du rôle social avec un retrait du groupe social de référence
- Et enfin, la marginalité structurelle avec l'exclusion du pouvoir politique économique et social

Ces trois concepts sont interdépendants avec une dominance de l'un ou de l'autre.

En géographie, il y a trois approches. D'une part, l'espace et le territoire sont analysés. Ensuite, les phénomènes sociaux sont expliqués à partir de la dimension spatiale. Enfin, on analyse les inégalités en fonction d'un lieu. On va alors associer centralité et périphérie au bien-être socio-spatial et au mal-être socio-spatial. C'est à partir de là que la marginalité est vue comme un processus. Mais on constate aussi que parfois une décentralisation peut être vécue positivement et inversement. Donc ce concept est minimisé d'un point de vue géographique. La dimension spatio-culturelle de la géographie met en lumière le processus de marginalisation. Des groupes seraient éloignés des relations dominantes de manière graduelle et développeraient alors des pratiques spatiales typiques. Il y a donc un processus socioculturel qui amènerait à la déviance sociale et à la pauvreté.

En psychosociologie, la marginalité serait une interaction dynamique entre la dimension socioculturelle et spatiale. Pour eux, le territoire peut avoir deux formes ; le marquage qui permet de délimiter une zone qui est identifiée au Moi grâce à des objets ou des inscriptions, etc., et un espace personnel qui, lui, est mouvant et est une zone subjective focalisée sur le Moi. Selon Rioux Liliane. ;

*"La marginalité pourrait alors être définie comme la position vécue par un individu ou un groupe situé à la limite, à la marge d'un réseau culturel et/ou spatial."*⁷⁷

De ce texte ressortent alors deux idées fondamentales. D'une part, la marginalité peut être vécue de manière positive si l'environnement culturel et spatial interagit de manière harmonieuse. Il permettrait alors aux individus de vivre des nouvelles expériences sociales. Selon Rioux Liliane. ;

*"Ces espaces marginaux constitueraient des territoires refuges où l'individu ou les groupes peuvent se soustraire à des contraintes environnementales qu'ils perçoivent comme pesantes."*⁷⁸

Dans le cadre de mon mémoire, on pourrait comparer ces espaces aux institutions. Un endroit qui accueille des personnes avec des troubles psychiques serait un espace frontalier où ces personnes peuvent vivre leur maladie et reconstruire leur identité car il y a une bonne interaction entre la dimension culturelle et spatiale. Mais une personne atteinte de pathologie duelle dans une structure qui traite des troubles psychiques vivrait une marginalisation négative car il y a un déséquilibre entre ces deux dimensions. Comme l'environnement est en perpétuelle évolution, il faut réajuster constamment ces deux notions. De ce fait, actuellement, les personnes qui ont à la fois un trouble psychique et un problème de toxicomanie ;

*"Ne peuvent plus investir l'espace d'actes et d'intentions qui leur permettraient d'accepter le quotidien et de se donner une identité. Ils deviennent alors des marginaux à identités problématiques."*⁷⁹

⁷⁷ Rioux L., 1998, p.639

⁷⁸ Rioux L., 1998, p.639

⁷⁹ Rioux L., 1998, p.639

Gauthier Madeleine, (1994), met en évidence qu'il y a plusieurs sortes d'exclusions dans notre société mais toutes mettent en lumière les lieux qui constituent le changement, les institutions qui produisent le bien-être et qui créent du sens. C'est dans cette optique que les marges sont alors "révélatrices" de la société dans laquelle nous vivons. Que la marginalité soit excentrique ou excluante, elle est fondamentalement liée au changement dans notre société. Il y a deux approches dans l'étude des marges. La première est l'approche fonctionnaliste de la déviance. Pour eux, les marges résultent ;

"D'une déviance par rapport à la cohérence ou à l'organisation qui lie ensemble les différents systèmes dans une société donnée, y compris par ses normes régulatrices."⁸⁰

Elles seraient vues alors comme une désorganisation ou une anomie qui devrait être traitée par des mesures correctrices. L'approche dynamique du changement social lui amène une approche moins radicale. Les différents termes antinomiques, comme déviance-normalité ou marginalité-centralité, s'influencent et se complètent. Toutes ces notions accompagnent de nouvelles manières d'être ensemble ou de se représenter le monde. Les marges deviennent alors les conséquences des changements dans une société. Il y a deux types de marges. Soit elles sont excluantes et voulues soit elles sont excluantes et subies. Mais elles n'existent qu'en rapport avec la centralité et leur existence la remet en question.

Aujourd'hui, la rapidité qu'ont les institutions à assimiler les marges pose des difficultés dans leur repérage. Le centre a donc une grande force d'assimilation mais on constate aussi un grand nombre de divers types de marginalité ce qui est marqueur de son état de désagrégation. Donc, d'une certaine façon, la société est plus excluante qu'intégrante. Mais les marges restent, de par le déséquilibre qu'elles amènent, un indice du changement. Selon le moment où elles apparaissent, elles peuvent être excentriques car elles s'expulsent elles-mêmes du centre, celles-là amènent le changement. Ou alors excluante, là se retrouvent ceux qui sont repoussés du centre car le processus est trop rapide pour permettre des ajustements nécessaires.

Selon Gauthier Madeleine, (1994), différents changements dans la société amènent à la marginalisation. Tout d'abord, le changement dans le monde du travail. On constate aujourd'hui que les personnes faiblement scolarisées se retrouvent exclues de cette nouvelle restructuration de l'emploi. De nombreux jeunes alors se voient en marge du monde du travail. Ensuite, la transformation des modes de vie. Aujourd'hui, notre société devient plus difficile pour les personnes qui vivent seules. Dans notre société, tout favorise ce mode de vie mais, pourtant, la réduction des inégalités engendrées dans les années 70 aurait favorisé les familles à deux revenus. De ce fait, les personnes les plus touchées sont à nouveau les jeunes et les familles monoparentales. On constate aussi une tendance à la rupture des liens sociaux primaires accentuée par la structure sociale actuelle. Ce qui amène encore plus à une exclusion. Pour continuer, on voit de plus en plus apparaître, au sein des grandes villes, des cas d'itinérance. Cela proviendrait de multiples facteurs. Ces personnes vulnérables auraient ;

"Tantôt des difficultés d'insertion sur le marché du travail, tantôt des manques relatifs au désengagement des institutions, comme il arrive aux personnes qui ont un handicap mental ou une santé fragile, tantôt un choix de vie à risque par la consommation de drogues et d'alcool, tantôt des difficultés de réinsertion sociale dans le cas des ex-détenus, tantôt des problèmes d'insertion sociale, chez les immigrants par exemple, tantôt des effets de la violence."

La société d'aujourd'hui ne permet plus le soutien de ces marginaux. L'anonymat que procurent les villes amène même les familles à ne plus supporter la présence du "malade mental."

⁸⁰ Gauthier Madeleine, 1994, p.178

En conclusion, on remarque qu'aujourd'hui, c'est l'isolement qui est créateur de marges tant dans le travail, que dans les familles, que dans les représentations. On remarque aussi que la société laisse en marge des quantités d'exclus.

“Des politiques sociales sans préoccupations d'intégration sociale et économique conduisent à la dépendance ; être à la charge de la société sans pouvoir participer soi-même à sa construction. Les programmes de formation ou d'employabilité qui ne débouchent pas sur l'emploi, la conscription obligatoire, comme certaines municipalités l'ont proposé récemment (Le Soleil, 1993), l'incitation à l'emploi sans l'examen de l'ensemble des conditions de vie constituent des formes modernes d'exclusion qui bloquent la possibilité d'excentricité libérant.”⁸¹

D'après Castel Robert, (1994), il y a un double processus de décrochage qui amène à la marginalisation. D'une part en rapport avec le travail et ensuite par rapport à l'insertion relationnelle. Il y a différents degrés de décrochage. Cela amène à trois zones “d'intégration.” Tout d'abord, il y a la zone d'intégration avec un travail stable et une forte intégration relationnelle. Ensuite, vient la zone de vulnérabilité, avec un travail précaire et une fragilité relationnelle. Enfin, arrive la zone de désaffiliation qui est une zone de marginalité avec une absence de travail et un isolement relationnel. La zone de marginalité est caractérisée par des personnes qui se trouvent rejetées de partout. Mais on constate aussi une quatrième zone qui est la zone d'assistance. C'est une zone où les personnes marginalisées sont prises en charge. Il écrit que cela amène à deux sortes d'indigents. L'un qui est capable de travailler et qui est donc expulsé de la zone d'aide, rejeté et stigmatisé et l'autre qui ne peut travailler à droit à l'assistance. Pour ce dernier cas, il n'y a aucun problème de principe car cette personne est intégrée au sein de la communauté et ne peut pas travailler. À partir de là, Castel Robert, nomme trois situations ;

“La pauvreté intégrée, qui est une pauvreté travailleuse. L'indigence intégrée, qui relève des secours, liée à l'insertion communautaire. L'indigence désaffiliée, marginalisée ou exclue, qui ne trouve une place ni dans l'ordre du travail, ni dans l'ordre communautaire.”⁸²

Mais les frontières entre ces trois zones sont perméables. Les personnes atteintes de pathologie duelle se retrouveraient alors dans une zone de vulnérabilité et nombre d'entre elles basculeraient dans la zone de désaffiliation ne trouvant pas réponse dans les diverses institutions actuelles.

3 PROBLÉMATIQUE

Pour construire ma problématique, je dois en revenir à ma question de départ qui est ;

“Dans quelles mesures les institutions valaisannes prenant en charge des personnes touchées par des pathologies duelles produisent-elles de la marginalisation ?”

Ma problématique est donc principalement construite afin de démontrer le lien entre la prise en charge des personnes atteintes de pathologie duelle et leur marginalisation.

Durant longtemps, l'existence de la comorbidité a été niée et perçue comme des diagnostics sans lien. Mais l'augmentation de ce phénomène a contraint les disciplines de l'addictologie et de la psychiatrie à s'intéresser de plus près à cette nouvelle problématique. À la fin du XX^{ème} siècle,

⁸¹ Gauthier Madeleine, 1994, p.186

⁸² Castel Robert, 1994, p.15

nombreux sont les scientifiques qui ont commencé à utiliser les termes de “Double Diagnostic,” “Comorbidité,” “Cooccurrence,” “Trouble Duel,” “Pathologie Duelle,” etc.

On constate aujourd’hui que différents problèmes viennent troubler l’avancée des recherches face à cette problématique. Tout d’abord, le manque de connaissances des professionnels sur la problématique car la recherche manque à ce sujet. Mais encore, le manque de ressources pour répondre aux besoins des personnes souffrant de pathologie duelle, que ce soit au niveau des traitements médicamenteux, psychologiques et sociaux qui sont tous concernés afin de pouvoir répondre au mieux à cette problématique

Il y a divers types de relation entre l’addiction et les troubles psychiques dans une pathologie duelle. Soit on considère que les deux troubles ont une origine indépendante et qu’ils peuvent donc être traités séparément. On peut aussi dire que l’addiction vient du traitement. Donc en supprimant les médicaments, le problème est solutionné. Une autre hypothèse est celle que le trouble psychique serait déclenché par la drogue elle-même donc l’arrêt de la substance ferait stopper le trouble. Enfin, on peut imaginer que la personne consomme des substances pour se sentir mieux psychiquement, comme une sorte d’automédication. Mais l’on peut aussi considérer que les deux troubles sont de même cause et interdépendants, ils doivent donc être traités simultanément. Si les deux pathologies sont indépendantes et peuvent être traitées séparément on va alors parler de “double diagnostic.” *A contrario*, si elles sont interdépendantes, on va alors parler de “pathologie duelle” et miser sur un traitement qui prend en considération les deux pathologies de manière globale.⁸³ Je considère que de nos jours, en Valais, on aurait tendance à traiter de manière dissociée les deux troubles. Selon moi, cette prise en charge n’est pas complète. De ce fait, j’ai décidé de parler de pathologie duelle dans mon mémoire.

La pathologie duelle signifie ;

“La présence comorbide d’un ou divers troubles psychiatriques et d’une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène une modification des symptômes, une diminution de l’effectivité des traitements et à l’aggravation et chronicisation de leur évolution.”⁸⁴

Ce qui signifie que l’approche devra toujours prendre en compte la globalité de la personne. Cela implique aussi que la rechute d’un trouble amène la rechute de l’autre. Les professionnels doivent alors mettre en place des stratégies de prévention dès le début pour éviter que la comorbidité réapparaisse. Ce mot nous vient de l’anglais “*Dual Diagnosis*” mais ce terme est trompeur car il montre simplement l’apparition de deux troubles simultanément et non l’interdépendance qui existe entre eux. Ce terme a, tout d’abord, été utilisé en Espagne puis au Portugal et ensuite dans les pays d’Amérique Latine. Aujourd’hui, il a une reconnaissance internationale. Il y a encore beaucoup de difficultés à amener cette notion sur le terrain car il y a encore de grandes lacunes au niveau théorique et très peu d’approches pour prendre en charge les pathologies duelles.

Aussi, on voit que ce terme amène à une nouvelle pathologie et non à deux pathologies distinctes. La pathologie duelle a besoin d’une nouvelle approche et de nouveaux traitements.

On constate que la pathologie duelle est très présente chez les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires. Les chiffres montrent qu’il y a plus d’hommes que de femmes touchées et que un schizophrène ou bipolaire sur trois est atteint de comorbidité sans compter le tabagisme.⁸⁵

La moitié des personnes souffrant de dépendance à l’alcool souffriraient également d’un trouble psychique. Les personnes bipolaires sont les plus touchées ainsi que celles ayant une personnalité

⁸³ Benyamina Amine, 2014

⁸⁴ Benyamina Amine, 2014, p.6

⁸⁵ Benyamina Amine, 2014

histrionique et antisociale. L'usage de cannabis touche plus fréquemment les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires. Un quart des personnes souffrant d'une addiction à l'héroïne souffrirait aussi d'un trouble psychique. Un usager sur cinq de cocaïne présenterait une pathologie avec un épisode dans l'année.⁸⁶

En tout, on constate que trois pour cent de la population souffre d'une pathologie duelle. Une personne sur trois qui a un trouble mental souffre aussi d'un problème addictif et une personne sur deux ayant un problème addictif souffre aussi d'un trouble psychique. Elle représente un grand coût socio-économique et la prise en charge reste insuffisante d'un point de vue médical mais aussi du point de vue des patients.⁸⁷

On peut alors constater qu'il y a déjà un certain nombre de problèmes directement liés à la pathologie duelle. *Mais au final, qu'est ce qui serait de l'ordre réel de la prise en charge de cette pathologie ?* Tout d'abord, nous pouvons constater que la prise en charge englobe l'usager ainsi que l'éducateur, tous deux étant dans une institution donnée et dans une société donnée.

Il y a différents points directement liés à l'usager qui vont poser problème dans le cadre de la prise en charge. Tout d'abord, comme nous avons pu le constater plus haut, certain trouble psychique rend difficile une compliance au traitement. Si un schizophrène, par exemple, refuse de prendre son traitement, la seule possibilité pour un éducateur est d'attendre la décompensation pour une hospitalisation sous forme de Placement À des Fins d'Assistance (PAFA). De plus, viendrait s'ajouter une difficulté à faire évoluer la situation, dû à la non prise de médication qui amènerait à faire ressurgir les symptômes comme les délires, les hallucinations, la persécution, etc. Son état viendrait alors à s'empirer plus tôt qu'à s'améliorer. Dans le cas d'une addiction, là aussi, si l'usager se situe au stade de la pré-contemplation, c'est-à-dire qu'il se trouve dans un déni totale de sa dépendance, la prise en charge serait affectée. Il est vrai qu'il y aurait rapidement des problèmes de l'ordre judiciaire, réglementaire et sécuritaire.

Prenons, par exemple, une personne borderline qui prendrait de la cocaïne, il serait difficilement envisageable d'accepter l'état de cette personne dans une vie d'ordre communautaire au sein d'un foyer. Cela pourrait causer de l'agressivité, mais aussi perturber les autres résidents et mettre à mal la sécurité de l'établissement. Dans le cadre de la prise en charge, il serait péniblement envisageable de faire évoluer positivement la situation d'une personne borderline si elle continue à consommer de la cocaïne. Comme nous l'avons vu auparavant, la prise de drogue dans le cadre d'un trouble psychique augmente les décompensations, les hospitalisations et met à mal la stabilisation de la maladie psychique. Le type de drogue consommé par l'usager peut aussi avoir directement des effets sur la prise en charge. Si un résident prend de l'héroïne il va être plus à même de manquer les activités voire les ateliers, de s'intégrer dans l'institution, etc. Si la substance est de la cocaïne, il y a un risque d'agressivité, de violence, de délire ce qui rend aussi la collaboration entre l'éducateur et l'usager plus compliquée.

Du point de vue de l'éducateur, la prise en charge de résidents atteints de pathologie duelle peut s'avérer aussi délicate. L'éducateur pourrait avoir de nombreuses idées préconçues sur l'addiction tout comme sur les troubles psychiques. Comme nous l'avons remarqué dans mon cadre théorique, la dépendance ainsi que les troubles psychiques sont directement visés par de nombreux préjugés. Les éducateurs ne sont pas laissés pour compte. Dans le même sens, entre en jeu son propre rapport aux substances et au trouble psychique. Nous savons aujourd'hui que les usagers de drogues peuvent très vite provoquer chez l'éducateur des contres-attitudes ou les amener à entrer dans un rapport de co-dépendance. Un éducateur peut se trouver confus quant au positionnement professionnel à adopter. En sus, vient s'ajouter le positionnement à adopter

⁸⁶ Benyamina Amine, 2014

⁸⁷ Benyamina Amine, 2014

face à la loi sachant que la plupart des substances restent illégales en Suisse. La question du signalement peut se poser, le lien de confiance peut alors être rompu.

Les institutions amènent aussi à une certaine réflexion concernant les pathologies duelles. Très souvent, l'admission d'un résident voire la poursuite d'une prise en charge au sein de l'établissement est remise en question avec les personnes atteintes d'une pathologie duelle. On remet souvent en cause la mission de l'institution qui est adaptée, majoritairement, à une seule des deux pathologies. Il y a aussi la contradiction de faire des prises en charge de plus en plus individualisées dans un modèle de vie communautaire. De ce fait, les personnes atteintes de pathologie duelle deviennent stigmatisées au sein même du groupe de résidents accueilli dans l'institution. Les équipes, faisant face à cette contradiction, se voient souvent épuisées par celle-ci. Les règlements édictés dans une institution sont les mêmes pour tous alors que la prise en charge se voudrait au cas par cas. Dans le cas des pathologies duelles qui amènent à des problèmes de comportement de sécurité et de juridiction, l'institution se voit souvent obligée de renvoyer l'individu qui a un comportement inadapté face au règlement.

La société dans laquelle nous vivons n'est pas en reste non plus. Les différents stigmates apposés tant aux personnes toxicomanes qu'aux personnes affectées par les troubles psychiques ne viennent pas améliorer la situation. La légitimité sociale des drogues au sein de notre société amène aussi à certaines complications. On pourrait imaginer que quelqu'un souffrant d'alcoolisme se verra accordé plus de chance que quelqu'un s'injectant de l'héroïne. Cela pour une raison simple ; l'héroïne étant diabolisée dans notre société, on peut s'imaginer que retrouver des seringues dans la chambre d'un usager serait plus difficile à accepter qu'une simple bouteille de whisky.

Toutes ces constatations précédemment énoncées montrent à quel point une personne souffrant de pathologie duelle peine à trouver une prise en charge qui lui convienne. Et de ce fait, elle se retrouve souvent tant exclue de la société que du filet social proposé par celle-ci. Cela facilite une marginalisation certaine. Comme vu plus haut, ce sont les représentations sociales qui amènent à des stéréotypes qui composent des préjugés. Tout le monde est constitué de représentations sociales ; les éducateurs, les résidents, les directeurs d'institutions, etc. Nous savons aussi que les personnes atteintes d'une pathologie duelle sont stéréotypées. Nous avons envers elles de nombreux préjugés. Ce sont ces préjugés qui vont justifier une attitude discriminatoire face à ces personnes. Et petit à petit, cette discrimination va les amener jusqu'à une exclusion et finalement à être marginalisées. Les personnes toxicodépendantes sont souvent perçues comme des déviants. L'image qu'ils renvoient est alors extrêmement négative. Face à ces personnes plusieurs solutions se présentent ; soit elles s'excluent d'elles-mêmes afin de ne plus ressentir de honte face à leur stigmatisme, soit elles se font exclure car elles sont trop déviantes, soit elles trouvent refuge avec leurs pairs afin de créer une normalité en marge.

La stigmatisation fait aussi partie du processus de marginalisation d'autant plus pour les personnes atteintes de pathologie duelle. Elles sont rejetées de la société puis arrivent au sein d'un foyer. Celui-ci a aussi des normes et celles-ci sont dictées selon la pathologie traitée au sein de l'institution ; trouble psychique ou dépendance. Le problème est qu'une personne souffrant de pathologie duelle va être déviante de la norme de l'institution de par sa deuxième pathologie. On va alors avoir envers elle des comportements discriminatoires. Cette discrimination va, petit à petit, exclure aussi cette personne du foyer et ainsi de suite jusqu'à marginalisation. On peut reprendre ici le processus de stigmatisation qui montre bien le cheminement ;

1. L'étiquetage est une distinction des différences superficielles. Dans une institution traitant des troubles psychiques, on peut alors imaginer qu'une personne souffrant d'un problème de dépendance va avoir des comportements distincts des autres.

2. Stéréotyper est le fait de faire un lien entre l'étiquette et les stéréotypes. On va alors commencer à dire que les personnes toxicomanes sont sales, dangereuses, manquent de volonté, etc.
3. La séparation est le fait que les personnes étiquetées négativement sont fondamentalement différentes de celles qui ne partagent pas les différentes étiquettes types. Ils vont alors devenir les mauvais résidents avec lesquels rien ne fonctionne face aux "bons" résidents pour qui tout fonctionne très vite.
4. La perte de statut ou la discrimination est le fait que les traitements deviennent alors différents pour ces personnes. Elles perdent le droit à la parole, à l'écoute, à l'approbation, etc. On va alors moins discuter avec ces personnes, on va les déconsidérer face aux autres, on commence à ne plus voir de sens à leur prise en charge.
5. La notion de pouvoir est l'apposition de l'étiquette qui est faite par quelqu'un qui a du pouvoir. Les travailleurs sociaux ont un certain pouvoir au sein des institutions. Ce qui va alors accentuer la valeur de l'étiquetage et qui va justifier certains comportements discriminatoires.

Le problème est que l'institution devrait être un espace frontalier où ces personnes trouvent refuge afin d'avoir de bonne interaction avec l'extérieur. Avec les pathologies duelles, tout ce système se complique et on voit alors apparaître une marginalisation négative à la fin du processus. Tout cela va amener ces personnes à être progressivement exclues de l'institution, puis par la suite en marge de la société.

Fort de toutes mes lectures, j'ai remarqué que la marginalité n'était que l'aboutissement d'un processus et qu'il est difficile d'agir sur elle directement. Là où nous pouvons focaliser nos efforts en tant qu'éducateur c'est au niveau de la prise en charge. C'est donc sur elle que je vais me recentrer afin de poursuivre mon mémoire. Ma question de recherche sera donc ;

"En Valais, comment accompagne-t-on les personnes souffrant de pathologie duelle ?"

À partir de cette question je vais effectuer une recherche exploratoire afin de vérifier mes trois hypothèses ;

- 1) Le réseau qui prend en charge des personnes souffrant de pathologie duelle ont une vision pluridisciplinaire car une prise en charge des deux troubles simultanément est inexistante ce qui favorise une vision morcelée de cette pathologie.
- 2) Les professionnels ont de la difficulté à accompagner les personnes avec une pathologie duelle car ils manquent d'outils.
- 3) Les personnes souffrant de pathologie duelle sont plus complexes à accompagner que celles souffrant d'addiction ou de trouble psychique.

4 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette partie met en évidence les éléments que j'ai jugés importants pour la récolte d'informations sur le terrain. J'y ai développé la manière dont j'ai récolté les données et les différentes explications relatives quant à mes choix sur la population interrogée. Je mets en lumière l'éthique que j'ai voulu m'imposer durant cette recherche de terrain. Finalement, j'ai exprimé les difficultés que j'ai rencontrées ainsi que ma manière d'y faire face.

4.1 MODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Pour ma récolte de données, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative. Pour moi, il était important de comprendre les différents processus en jeu derrière la prise en charge des personnes ayant une pathologie duelle. La question qui m'interloquait était le "comment." Le but étant de

mettre en lumière le savoir-faire des professionnels confrontés à ces accompagnements quotidiennement.

Pour ce faire, j'ai sollicité plusieurs terrains qui pouvaient être touchés par l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies duelles. J'ai principalement interrogé des structures résidentielles et ambulatoires. J'ai ciblé ma recherche sur les institutions prenant en charge des personnes atteintes soit de trouble psychique soit d'addiction. Il était important pour moi de ne pas interroger seulement une institution mais plusieurs afin d'avoir une palette de ce qui était proposé en Valais.

4.2 OUTILS

Pour avoir des réponses satisfaisantes, j'ai choisi de créer une grille d'entretien et d'effectuer des entretiens semi dirigés. J'ai trouvé judicieux de réaliser des questions plutôt ouvertes afin que les professionnels puissent répondre avec une certaine liberté. De ce fait, ils ont pu argumenter à mes questions en mettant l'accent sur les choses qui leur paraissaient pertinentes tout en étant centrés sur le sujet de départ.

4.3 ÉCHANTILLONS

Les différents professionnels interrogés étaient soumis à quelques critères. J'ai souhaité, tout d'abord, qu'ils aient un minimum de trois ans d'expériences dans le domaine des addictions ou de la psychiatrie. En effet, il était important pour moi que ces personnes aient une vision sur un long terme de la prise en charge de ces personnes. De plus, certaines d'entre elles ont pu m'étayer sur une certaine évolution de la population accueillie. J'ai aussi souhaité qu'elles aient eu au moins un accompagnement de type référence d'une personne souffrant de pathologie duelle. De ce fait, elles étaient plus à même de comprendre le sens de mes questions et elles avaient une meilleure compréhension de la problématique abordée dans mon mémoire.

4.4 ÉHIQUE

D'un point de vue éthique, j'ai informé chacune des institutions, et par la suite des personnes interrogées, du but et du thème de mon mémoire. Avant les entretiens, j'ai mis un point d'honneur à laisser un temps pour différentes questions et à expliquer les différents points du formulaire de consentement avant de le signer. Cela a permis à chacun de bien comprendre la raison de mes questions et leurs finalités. Tous les participants ont été libres de participer ou non aux entretiens et de répondre ou non aux différentes questions. J'ai aussi tenu à conserver un anonymat des lieux ainsi que des personnes interrogées. Tous les entretiens ont été enregistrés et ne serviront que dans le but de ma recherche. Ils seront détruits ensuite.

4.5 LIMITES

Au départ, je souhaitais avoir huit entretiens dans un minimum de quatre institutions. Il était important d'avoir deux institutions accompagnant des personnes souffrant d'addictions, et deux prenant en charge des personnes atteintes de troubles psychique. Je voulais effectuer deux entretiens dans chacune de ces institutions. Malheureusement, dans deux institutions, je n'ai pu effectuer qu'un entretien. Ma démarche étant basée sur la libre adhésion, je n'ai pu effectuer que six entretiens. Cependant, tous les entretiens étant passablement riches, j'ai pu ainsi poursuivre mon analyse de manière pertinente.

5 ANALYSE DES DONNÉES

À la fin de mes entretiens, j'ai retranscrit mot pour mot les dire des professionnels. J'ai ensuite recensé les réponses selon les trois axes abordés dans ma grille. J'ai alors pu voir les similitudes et les différences dans le discours des professionnels. Cela m'a permis de réaliser l'analyse qui se trouve ci-dessous.

5.1 PREMIÈRES DÉDUCTIONS

Mes questions de départ, ainsi que mes questions de fin, ne faisaient pas parties de mes axes. Cependant, elles m'ont permis d'avoir de nombreuses informations sur la réalité à laquelle étaient confrontés les différents intervenants sur le terrain.

Tout d'abord, j'ai constaté que cinq personnes interrogées sur six n'avaient jamais entendu parler auparavant du mot pathologie duelle. À la question ;

“Quel sens a le mot pathologie duelle ?”

La plupart des gens m'ont répondu ne jamais avoir entendu ce terme avant. Alors que chacune de ces personnes avaient dû accompagner au moins une fois une personne souffrant de cette pathologie. Cette constatation m'a beaucoup interrogée alors même qu'à la question ;

“À quelle fréquence rencontrez-vous des personnes avec une addiction et un trouble psychique dans votre établissement ?”

Les taux étaient passablement élevés. La réponse est, bien sûr, une estimation et n'a en aucun cas fait l'objet d'une étude. Mais selon ces professionnels, dans les institutions interrogées, le taux varie entre 20 à 60% des personnes accueillies seraient atteintes d'une pathologie duelle et cela, si l'on prend en compte que les addictions aux substances.

À la fin de mes entretiens, j'ai systématiquement demandé aux personnes interrogées si le thème de mon mémoire les avait surpris. Soit on me répondait oui, en m'expliquant que ce sont des sujets peu abordés alors que sur le terrain ils sont souvent confrontés à ce genre de problématique, soit on me répondait non car quotidiennement ces professionnels font face à ces problématiques. J'ai trouvé très intéressant la réponse d'une personne qui m'a dit ;

“Oui, parce que tu es la seule personne à avoir nommé cela. Souvent, moi, on ne m'a pas pris au sérieux ou on s'est moqué quand j'abordais le sujet.”

Cela révèle aussi une sorte de méconnaissance et de gêne face à ce sujet.

Il y a eu aussi de nombreux silences et/ou soupirs lors mes entretiens. J'ai relevé comme une difficulté à mettre en mot cette prise en charge. Des mots comme *“feeling”* ou *“cas par cas”* sont revenus très souvent. Pour moi, cela relève une sorte de floue, une méconnaissance de cette problématique. Les professionnels semblent livrés à eux-mêmes pour ces accompagnements qui, de manière générale, semblent plus complexes.

5.2 AXE 1 ; LA COLLABORATION AVEC LE RÉSEAU

J'ai voulu aborder cet axe car je pensais que l'une des difficultés rencontrées par le terrain était le manque de communication dans le réseau. Comme ces personnes souffrent de deux pathologies et que les institutions en Valais sont spécialisées, il coulait de source à mes yeux qu'il devait y avoir collaboration pour prendre en charge le second trouble. Ces questions m'ont permis aussi de constater si la prise en charge se faisait de manière intégrée ou si chaque domaine prenait en charge une pathologie avec, dans les cas extrêmes, une étanchéité totale entre les institutions.

Tout d'abord, j'ai constaté qu'il y avait un nombre assez important d'intervenants autour de ces personnes. La plupart du temps, il y a un psychiatre, un médecin généraliste, un intervenant en addiction, un intervenant en trouble psychique, une curatrice et une assistante sociale du *Secure Shell* (SSH). Il y a au minimum quatre personnes qui interviennent dans le réseau. J'ai pu aussi constater que c'était dans les institutions où l'on traite des troubles psychiques que les intervenants avaient une tendance à se multiplier. Dans une des situations, l'éducateur m'a confié ;

“Quelque chose qui est frappant de ce que génère ces personnes, c'est la multiplicité des intervenants en douze mois ; Cinq médecins différents, deux généralistes et trois psychiatres. Actuellement, il est suivi sur le plan somatique par le Docteur de la maison, pour la méthadone par le médecin de famille et pour la dimension psychiatrique par le médecin psychiatre. Il a aussi la référente Addiction Valais, qui a changé depuis, et quelqu'un du time infirmier où il y a un tournus donc cela change aussi.”

Des phrases comme “un grand réseau autour d'elle” ou “mais c'est déjà assez lourd” ont été prononcées par les interrogés. Cela m'a beaucoup interpellée. Si les professionnels trouvent que le nombre d'intervenants est abondant qu'en est-il alors du résident en question ? Cela soulève aussi la question de la cohérence entre tous les professionnels. On sent que, souvent, c'est l'éducateur qui fait le lien entre tous les intervenants même si celui-ci n'a pas de contact direct avec tout le monde. C'est donc lui qui est le plus à même de nous parler de la cohérence de la prise en charge. Un des éducateurs interrogés m'a même confié que c'était cette dernière qui faisait défaut dans la prise en charge des personnes atteintes de pathologie duelle ;

“Dans la vie quotidienne, je pense que ce qui est compliqué c'est d'avoir cette cohérence entre les collaborateurs. On a une vision très partielle et là, pour obtenir un résultat, c'est compliqué. Je ne pense pas que ça soit la pathologie en soi.”

Il y a aussi le secret professionnel qui est une barrière au dialogue. On ressent de la part des psychiatres ou de certains intervenants une difficulté à expliquer le contenu des rencontres aux éducateurs. Cela peut aussi engendrer des triangulations de la part des usagers voire une segmentation de leur personnalité. Chaque problématique est mise dans une case et a son intervenant pour en discuter.

Dans cinq cas sur six, une autre structure prend en charge le second trouble. Pour la plupart des intervenants, cela est indispensable. Dans certaines institutions, cela se fait de manière automatique. Dès que la personne a un second trouble, elle doit être suivie par un autre intervenant. Dans d'autres situations, c'est au cas par cas. Il y a deux acteurs principaux qui reviennent. Un acteur dans les troubles psychiques qui est le Centre de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie (CCPP) et Addiction Valais en ce qui concerne l'addiction. À la question “Pourquoi eux ?,” les éducateurs m'ont répondu ; *Parce que je n'en connais pas d'autre et qu'ils sont spécialisés dans le domaine.*

Dans les différentes réponses, j'ai remarqué que, de manière générale, les réunions du réseau devenaient plus fréquentes avec les personnes qui souffrent de pathologie duelle. Il y a aussi souvent des intermédiaires. Par exemple, ce sont les infirmières qui parlent aux médecins et qui

transmettent ensuite à l'éducateur. Certains intervenants ne participent pas aux réunions du réseau comme les médecins justement ou parfois les psychiatres. Mais le contact reste, de manière générale, assez régulier. J'ai pu constater aussi un échange entre les membres du réseau. On ne partage pas les techniques mais plutôt les informations. Généralement, chacun reste cantonné dans sa spécialisation mais tout de même on s'appelle lors de difficultés ou on échange sur différentes observations. Tous les éducateurs prennent en compte la seconde pathologie. Tous sont sensibilisés au fait qu'on ne peut pas complètement exclure l'autre trouble.

Pour continuer, j'ai demandé à chacun de me parler des points positifs et négatifs de la collaboration avec le réseau. Chacun voit une indispensabilité à avoir d'autres avis, même s'il est parfois plus difficile d'avoir tous la même ligne directrice. Cette collaboration a aussi une fonction de rassurer les professionnels dans leur action. Comme chacun est spécialisé dans un domaine, il peut dire à l'autre s'il fait juste ou non. Il valide l'action de l'éducateur. La plupart se sent écouté par le réseau. Il reste parfois un problème de communication. Avec le secret professionnel, les informations ne passent pas toujours comme elle devrait.

5.3 AXE 2 ; L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE PATHOLOGIE DUELLE

Comme j'ai choisi l'entretien comme mode de recueil de données, la question du "comment" me paraissait indispensable. Pour savoir comment font les éducateurs, je me suis donc posé la question de l'accompagnement. Comment ces personnes qui accompagnent les résidents, ayant une pathologie duelle, montrent ce qui en découle. Si les éducateurs ont de bons outils et qu'ils savent les utiliser, si l'institution écoute cette problématique et donne des réponses pour aider les intervenants au quotidien alors ces personnes ont leur place dans les institutions et ne sont donc pas mises à l'écart.

5.3.1 DU CÔTÉ DES INTERVENANTS

5.3.1.1 L'ACCOMPAGNEMENT

Les interrogés ont eu différents ressentis face à la prise en charge de ces personnes. Soit ils ont déjà eu un parcours professionnel dans les deux problématique et semblent savoir plus ou moins de quoi il en retourne, soit ils se sentent démunis face à ces problématiques. Bien entendu, certains m'ont dit que des accompagnements se sont bien passés. Mais dans la plupart des cas, dès qu'il y a une difficulté, le manque de théorie et d'outils se font sentir. J'ai entendu des mots comme ; *"pas sûr d'y arriver," "vraiment très difficile"* voire même *"un fardeau."* J'ai été extrêmement touchée de voir à quel point certain accompagnant croyait que le trouble psychique pouvait guérir, ou qu'il suffisait d'apprendre à la personne qu'elle ne guérirait pas grâce à la drogue pour la faire cesser de consommer. La responsabilité est souvent renvoyée à l'usager qui ne sait pas vraiment s'adapter à la structure qui n'arrive pas à rentrer dans le "moule" de l'accompagnement qui est proposé dans l'établissement. Cinq personnes sur six disent que les accompagnements peuvent se passer de manière plus favorable. Pour certains, c'est un manque de cohérence dans l'accompagnement. Pour d'autre, il faudrait une nouvelle structure en Valais, avec une prise en charge bas-seuil afin de mieux accompagner ces personnes. Pour d'autres encore, il faudrait plus de temps et de ressources, ou privilégier davantage l'accompagnement en individuel. Ce qui montre qu'aujourd'hui, les accompagnants pensent qu'il manque quelque chose, que l'on pourrait faire mieux dans les situations qui se passent mal.

5.3.1.2 LES OUTILS POUR ACCOMPAGNER

J'ai voulu savoir quels outils les professionnels mobilisaient pour pouvoir accompagner au mieux ces personnes dans leur seconde pathologie. Dans deux cas sur six, on me dit rester dans la problématique de l'institution. On m'a répondu ;

“Alors on essaie vraiment de rester sur l'addiction parce qu'on ne veut pas se laisser embarquer dans un truc qui est souvent beaucoup plus long l'autre pathologie.”

Ou encore ;

“Alors travailler sur l'addiction en soi, comment diminuer ou arrêter ça, non. Par contre, ce n'est pas un sujet tabou. Parce que l'addiction est là mais ce n'est pas le sujet premier. Je n'ai pas le rôle de thérapeute en addiction. Mon but est de voir quel est son quotidien, comment s'est passée sa semaine, est-ce que quelque chose l'angoisse. On est d'abord dans quelque chose de pratico-pratique et non plus basé sur le trouble psychique.”

Cela fait ressentir qu'il y a comme une peur de ne pas faire juste ou de ne pas savoir comment faire, mais aussi une peur que la prise en charge devienne trop compliquée. Pourtant, les professionnels ont des outils. Certains utilisent des balances décisionnelles, des entretiens motivationnels, de la prévention de la rechute, de l'écoute active, de la gestion des émotions. Mais tout cela se fait, encore une fois, par défaut de ne pas savoir quoi faire d'autre. Certains ne sont pas sûrs de faire juste, on ne se base pas vraiment sur des théories mais plus sur le “feeling,” on relève aussi un manque de théorie sur le sujet, un manque de formation. De ce qui relève de mettre en pratique ces outils, quatre sur six m'ont dit que ce n'était pas simple de les mettre en pratique.

On m'a répondu que le problème venait du fait que les formations qu'ils avaient reçues sur la seconde pathologie n'étaient pas assez poussées et qu'elles restaient trop de l'ordre général. Une personne a expliqué que le contenant des cours n'expliquait pas comment mettre en pratique les outils mais s'arrêtait au fait de comprendre la seconde problématique. Pour d'autre, cela dépend des circonstances. Cela nous démontre, une fois encore, comment il peut être difficile pour les professionnels de trouver des techniques afin d'aider au mieux ces personnes dans leur seconde pathologie. Selon les interrogés, leur mallette à outils pourrait être bien plus garnie si les formations étaient plus poussées.

5.3.2 DU CÔTÉ DES INSTITUTIONS

Mais alors, qu'est-ce qu'il en retourne des institutions ? On remarque que si les éducateurs font de leur mieux pour accompagner ces personnes, on est en droit de se demander ce que proposent les institutions qui les accueillent. Et bien j'ai été surprise agréablement en remarquant que des choses commençaient à être mises en place. Dans certaines institutions, il y a un référent d'Addiction Valais qui répond aux questions des intervenants. Dans d'autres, ce sont des psychiatres qui passent pour écouter les différentes problématiques et tenter de trouver des solutions avec les intervenants. Il y a même une institution qui a mis en place un sigle suivi d'une théorie qui montre comment il faut accompagner ces personnes. Il n'y a pas de protocole propre à ces personnes en cas de rechute mais les éducateurs savent comment réagir face à une décompensation ou une rechute. Mais il y a encore des zones d'ombre. Un éducateur m'a répondu ;

“Je ne crois pas qu'il y ait un protocole. Non. On dit que c'est interdit mais on ne se pose pas vraiment la question si un jour ça se présente. C'est plus individualisé autant côté résident que responsable et intervenant.”

Une autre m'a dit ;

“Ce qu'on a ce sont des annexes au contrat d'accompagnement mais parfois c'est pire. Ce sont des contrats qui définissent ce qui se passe s'ils consomment et que c'est interdit. Sauf que c'est pire.”

Mais l'on sent encore un certain manque de reconnaissance de cette problématique. Il y a tout de même une volonté dans trois institutions sur quatre de faire quelque chose face à ce problème.

Concernant la souplesse des institutions quant au renvoi de ces personnes, là encore les réponses ont différées. Quatre réponses sur six ont montré que le placement était remis en question si la personne perturbait trop le reste du groupe. Sinon, il y a la violence et les passages à l'acte répétés qui sont aussi motif de renvoi. Cinq personnes sur six disent qu'on retrouve souvent un passé institutionnel chez ces personnes qui sont allées d'institution en institution. Il y a souvent aussi un phénomène de retour dans un domicile quand toutes les prises en charges n'ont pas fonctionné. Certain souligne aussi un parcours de vie chaotique. Cela montre le phénomène de “se passer la patate chaude” pour reprendre le terme de certains interviewés. On ne sait pas trop où placer ces gens et, du coup, il y a une sorte de passage d'une institution qui traite des addictions à une institution qui traite des troubles psychiques.

Pour conclure ce chapitre, j'ai remarqué que du côté des intervenants, il se fait ressentir un manque d'outils et de formation. La plupart d'entre eux sont demandeurs de mieux connaître cette problématique afin de mieux pouvoir y répondre. Ils ressentent, pour la plupart, un manque qui se fait ressentir dans l'accompagnement au quotidien. En ce qui concerne les institutions, certaines choses sont mises en place mais on ressent encore une sorte de tabou sur cette problématique. Il y a encore des manques, comme si l'on ne mesurait pas la difficulté des professionnels à prendre en charge la complexité de la maladie. Un des interrogés résume parfaitement bien la situation et je terminerais ce chapitre là-dessus ;

“Les problèmes qu'ils vont poser questionnent notre modèle de prise en charge qui est actuellement morcelé dans la spécialisation. Il y a une sorte de... si tu t'en occupes on accepte mais...”

5.4 AXE 3 ; LA PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITÉ DE LA PATHOLOGIE DUELLE

À travers ce chapitre, je voulais mettre en exergue si les professionnels pensaient que les difficultés rencontrées sur le terrain étaient propres à la maladie. Je voulais aussi voir quelles étaient les connaissances des éducateurs sur cette pathologie et constater d'où provenaient ces mêmes connaissances.

Pour commencer, quatre éducateurs sur six m'ont dit trouver la prise en charge plus difficile. Ils ont su déterminer qu'il y avait une certaine complexité à prendre en compte en faisant référence à l'entremêlement des deux troubles. Un d'entre eux m'a répondu que pour lui ce n'était pas dur mais qu'il pouvait comprendre que ça le soit pour des personnes qui n'ont pas d'expérience dans le second trouble. Et la dernière personne m'a dit que c'était plus simple car les personnes ayant des troubles psychiques avaient une sorte de “naïveté.” Donc les réponses sont plutôt mitigées mais si l'on prend en compte tout l'entretien, tous reconnaissent, en tous les cas, une plus grande complexité face à d'autres pathologies.

Ensuite, on remarque encore qu'il y a des préjugés sur la pathologie qui n'est pas traitée directement dans l'établissement. On ressent quelque chose de l'ordre de la peur parfois. Elle n'est

pas exprimée directement, mais les éducateurs parlent facilement du danger que peut représenter une personne avec une pathologie duelle. Par exemple, on m'a répondu ;

“Oui, bien sûr, c'est plus difficile, mais je n'ai pas de préjugés négatifs parce que je me dis heu... Si je sais qui a un côté de dangerosité, je vais faire plus attention, mais si non, j'ai peur de ce que je vais provoquer. Après, je laisse le bénéfice du doute. Mais je serais plus à même de surveiller, je serais plus attentive à cette personne, savoir si elle ne va pas bien.”

On remarque aussi que les éducateurs ont parfois des représentations qui peuvent amener à des préjugés. Un éducateur m'a répondu ;

“C'est plus simple parce que quelqu'un qui a des troubles psychiques a un côté naïf, j'ai une image dans la tête. Elle est moins réfléchie, elle est moins mal saine. C'est plus simple de faire passer des choses à une personne avec des troubles psychiques [...] J'ai des représentations, je suis plus vigilant.”

Tous disent avoir eu, à un moment donné, des préjugés envers les personnes dépendantes ou envers les personnes ayant des troubles psychiques. Souvent, ils se sont estompés à force de contact avec ces mêmes personnes. Ils ont aussi disparu dès le moment où les éducateurs ont eu des acquis théoriques qui les ont aidés à comprendre le pourquoi des symptômes ou des comportements. Certains disent aussi ressentir encore des préjugés très présents dans le réseau et la famille. Une personne m'a confié que dès que l'on parlait de substance, il avait remarqué que tout un imaginaire faisait surface avec des contres-attitudes ou des renforcements ou de la co-dépendance. Il avait même constaté ça au sein de son établissement et cela résultait du fait qu'on n'identifiait pas ces phénomènes-là dans la pratique et qu'on n'en parlait pas.

En ce qui concerne l'interaction entre le trouble psychique et l'addiction, 100% des éducateurs ont répondu positivement. Ils sont tous d'accord pour dire qu'il y a une influence des deux troubles l'un sur l'autre. Certains y voient une influence de type soulagement. La consommation aiderait à mieux vivre la maladie psychique. Un interrogé résumait très bien ce processus ;

“Évidemment, parce que l'expérience montre que quand il y a une souffrance, on va chercher une béquille. Si l'on consomme, c'est d'abord pour l'apport positif du produit et non le négatif, et c'est ce que les professionnels oublient. Si ils consomment, c'est d'abord pour soulager et non pas pour planer.”

Mais la plupart du temps, ils constatent une dégradation au niveau psychique. D'autres supposent qu'un trouble amène l'autre trouble comme, par exemple, qu'une personne schizophrène serait plus à même de développer une addiction au cannabis. Une personne m'a répondu qu'un trouble psychique pouvait amener à une addiction mais pas dans l'autre sens. Tous ont également répondu positivement au fait qu'une décompensation psychique pouvait amener à une rechute de consommation et inversement.

À la question ; *Est-ce que la pathologie duelle est un seul et unique trouble, deux troubles interdépendants ou deux troubles bien distincts ?* Quatre personnes sur six disent qu'il s'agit de deux troubles interdépendants. Mais deux personnes m'ont répondu que pour elle, ce n'était pas des troubles mais des personnes. On sent aussi une certaine réticence à nommer la problématique de peur de mettre dans une case la personne. Comme si la nommer et la comprendre allait faire d'eux de “mauvais professionnels.” C'est une question qui a particulièrement dérangé. On m'a répondu ;

“Elle m’embête votre question parce qu’on essaie d’éviter de catégoriser on voit la personne et on essaie d’adapter à la personne [...] C’est bizarre ta question parce que sinon, j’aurais l’impression d’avoir un trouble en face de moi et pas une personne c’est pour ça que je me pose jamais la question [...] En disant le mot, tu le mets déjà dans une case.”

Cependant, personne n’a été surpris quand je prononçais des questions avec les mots schizophrénie, dépendance ou dépressif dans mon entretien. C’est comme si se poser la question du “*qu’est-ce que c’est ?*” dérangeait. Pourtant, pour comprendre ce que vit la personne, il faut savoir de quoi l’on parle

Ensuite, presque personne n’avait jamais entendu parler de ce terme. Pour la plupart, le terme utilisé était comorbidité. Un des interrogés le connaissait car il s’était intéressé lui-même à ce phénomène. Mais il a tenu à me préciser que j’étais une des seules personnes qu’il connaissait à parler aussi de “pathologie duelle.” Aucun d’entre eux non plus n’avait entendu parler de ce phénomène lors de leur formation, même pour ceux qui ont suivi une formation dans les troubles psychiques ou l’addiction. Une seule interrogée m’a dit avoir entendu ce mot à Malévoz. On constate là encore que, souvent, l’on aborde soit l’une des problématiques mais très rarement les deux en lien.

Pour terminer, on constate une envie de bien faire chez les professionnels. Même si pour la plupart, les accompagnements des personnes souffrant de pathologie duelle semblent plus difficiles. Il y a différents ressentis comme de la colère, de la frustration, un sentiment d’être démuni, mais chacun tente, à sa façon, d’accompagner ces personnes au mieux avec les outils qu’ils ont à disposition. On remarque que tous sentent qu’il y a une certaine complexité derrière cette pathologie et tous savent qu’il y a des interactions entre les deux pathologies. Malheureusement, aucun d’entre eux n’a eu de réelle formation sur ces différentes interactions qui existent entre les deux troubles. Il est compliqué, de ce fait, de ne pas avoir une approche du trouble segmenté en deux parties : addiction et trouble psychique.

5.5 LA MARGINALISATION

La marginalisation est le fruit d’un processus, comme je l’ai expliqué dans la partie théorique. Tout au long de mes entretiens, j’ai gardé en filigrane cette question. Certaines des réponses ont été très claires tandis que d’autres ont expliqué ce processus de manière plus divulguée. J’ai absolument voulu traiter cette partie dans mon travail de mémoire car c’est elle qui m’a donné la motivation de choisir ce thème. Il était aussi impératif pour moi de montrer les conséquences que pouvait avoir la prise en charge de ces personnes en Valais. J’ai donc décidé de demander aux professionnels leur ressenti sur ce sujet afin de pouvoir rendre compte si, effectivement, il en découle ou non de cette problématique. Je tiens, avant de commencer, à rappeler que tous les éducateurs interrogés font de leur mieux sur le terrain. Je tiens aussi à rappeler que ces processus sont inconscients.

De manière générale, je n’ai pas remarqué de stigmatisation réelle de ces personnes. Cependant, il y a quelques signaux d’alertes à relever. Tout d’abord, on ressent quand même une tendance à avoir une attitude différente avec ces personnes. Il y a aussi quelque chose de l’ordre de la communauté. On sent qu’on ne peut pas toujours les faire s’adapter au reste du groupe. Souvent, les éducateurs m’ont confirmé qu’il était difficile de ne pas faire d’adaptation pour ces personnes alors que l’accompagnement était pareil pour tout le monde à la base. D’autres disent que le suivi est plus compliqué, plus difficile, qu’il demande plus de temps.

Pour continuer, nous avons pu remarquer plus haut que les stéréotypes sont encore présents, même si pour la plupart ils se sont atténués, dans le réseau comme dans les institutions, ils restent

bien réels. Ceux qui sont le plus ressortis sont les stéréotypes de dangerosité pour eux et pour les autres.

J'ai aussi voulu rendre compte de certaines phrases qui montrent un épuisement chez les professionnels qui pourrait mener à un certain rejet ;

“Clairement, nous, on n'en veut pas. On ne croit pas quand ils nous disent qu'il ne consomme plus. Pour nous, on sait que ça va être compliqué et on n'est jamais chaud à accueillir ces personnes. Sauf quand on n'a pas le choix. Il y a déjà un a priori négatif.”

“Alors c'est surtout de l'agacement. Parfois, on peut être plus tranché avec quelqu'un parce qu'on est agacé. Il y a une sorte d'usure au bout d'un moment parce qu'à chaque fois, on se dit, il faut de nouveau la voir pour régler ce truc et ça fait beaucoup.”

“Oui, parce que ça demande plus de suivis et de moments de régulation. Ils ne sont pas autonomes, ça crée plus de conflit dans le groupe. Ça crée une dynamique de groupe qui est très délicate et on doit toujours veiller.”

Ce type de phrases est souvent revenu. Peut-être de façon moins forte que ça. On remarque à ce moment qu'ils ne sont pas les bienvenus dans les institutions. À travers ces mots, on trouve tout le processus de la discrimination qui amène à la marginalisation par la suite.

En ce qui concerne l'avis des professionnels, cinq sur six trouvent tout de même que ces personnes ont une tendance à la marginalisation plus forte. Pour certains, cela viendrait de la spécialisation des institutions, pour d'autres de l'invisibilité du handicap, pour d'autres encore du manque de structures pour accueillir ces gens. Mais pour la plupart, il y a un phénomène de rejet face à ces “doubles diagnostics” qui ne trouvent place nulle part et qui semblent être ballotés d'institutions en institutions.

J'ai aussi remarqué que les personnes qui avaient une longue expérience dans un voire les deux domaines constataient une évolution dans leur institution. Elles m'ont expliqué qu'il y a quelques années en arrière, il n'y avait pas autant de personnes avec les deux problématiques accueillies. Mais personne n'a su m'expliquer les raisons de cette évolution. J'aime à penser que, hypothétiquement, avant elles n'étaient pas prises en charge et que maintenant, elles entrent dans les institutions. *Cela voudrait peut-être dire qu'elles sont moins marginalisées ? Qu'il y a une évolution positive ?* Mais pour le moment ce ne sont que des suppositions.

Pour conclure, on remarque que les personnes atteintes de pathologie duelle sont dans les institutions donc elles ne sont pas totalement marginalisées. Cependant, on constate également certains signaux qui montrent tout de même une certaine distinction, une certaine mise à l'écart à laquelle il faut être, je pense, attentif.

5.6 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Comme nous avons pu le constater, les différents professionnels interrogés font tous de leur mieux afin de parvenir à accompagner de la manière la plus adéquate qu'il soit, les personnes souffrant de pathologie duelle. On remarque toutefois encore des complications rencontrées sur le terrain avec des prises en charge souvent difficiles, un sentiment d'impuissance et de frustration de la part des professionnels.

D'une part, les éducateurs ayant une longue expérience dans leur domaine m'ont dit qu'il y a avait une augmentation des personnes souffrant des deux troubles au sein de leur institution. Ils ont su m'expliquer qu'avant, les résidents n'avaient pas des tableaux cliniques aussi lourds. Cependant, pour la plupart d'entre eux, ils ne savent pas expliquer comment est apparu ce phénomène.

Ensuite, on constate encore chez les professionnels un manque de connaissances qu'ils ressentent aussi. Il n'y a pas assez de formation sur le sujet voire, dans certains endroits, aucune formation sur la seconde problématique. Certains professionnels sont donc livrés à eux-mêmes pour effectuer des recherches sur le sujet et pour tenter d'accompagner au mieux ces personnes. Ils se retrouvent souvent en manque de ressources pour répondre aux besoins de ces résidents.

Le fait que personne n'ait entendu parler de terme pathologie duelle a aussi confirmé mes soupçons. Dans la plupart des cas, on parle de double diagnostic, ce qui montre un traitement des deux troubles séparément et non encore un accompagnement global de la personne. Les stratégies de prévention, qui devraient être mises en place dès le début pour éviter que la comorbidité ne réapparaisse, sont souvent oubliées. Seul deux éducateurs m'en ont parlé.

En ce qui concerne le nombre de personnes touchées par un double diagnostic, dans ma problématique, j'avais certains chiffres. Sur le terrain, le chiffre monte parfois jusqu'à 60% de résidents accueillis dans une structure. On remarque alors que, dans certaines institutions, ces personnes représentent plus de la moitié des personnes accueillies. Cela révèle à quel point une prise en charge adéquate serait nécessaire.

Ensuite, dans la problématique, nous avons pu constater que quatre facteurs entraînent en lien directement avec la prise en charge : l'usager, les éducateurs, les institutions et la société.

En ce qui concerne l'usager, on remarque que personne n'a évoqué la difficulté de la compliance au traitement. Cependant, la consommation active pose un énorme problème. Tous les éducateurs, avec qui le thème a été abordé, m'ont répondu que si une personne présentait une consommation active, à court terme, l'accompagnement prendrait fin. Un des éducateurs a aussi abordé la difficulté à faire comprendre à ses collègues que si le résident manquait d'énergie cela pouvait être dû à son traitement à la méthadone, son hépatite C, ainsi que sa maladie psychique. Il m'a fait comprendre à quel point il était difficile de ne pas lui prêter des mauvaises intentions comme de la mauvaise volonté quand il n'allait pas en atelier pour des raisons de fatigue.

Du côté des éducateurs, on remarque que certains préjugés ont encore la vie dure. Comme dit précédemment, le plus étendu reste celui de l'agressivité et de la violence. Beaucoup d'entre eux ont évoqué la dangerosité que pouvaient représenter ces personnes pour les autres mais aussi pour eux-mêmes. Certains ont aussi abordé le fait d'avoir une difficulté à se positionner professionnellement face à la consommation de leurs usagers, surtout quand il s'agissait de drogues illégales. Un éducateur évoque aussi ce phénomène dans son institution avec ses collègues et même sa direction.

Pour poursuivre, dans les institutions, on sent tout de même une prise de conscience de ce point de vue-là. On remarque que certaines choses sont mises en place mais pour la plupart des éducateurs, ce n'est pas suffisant et il reste encore beaucoup à faire. On remarque aussi que pour l'instant, les missions de l'institution sont encore adaptées à une seule pathologie. On parle soit de dépendance soit de trouble psychique. En ce qui concerne les renvois, peu d'éducateurs ont

répondu clairement au fait que ces personnes étaient renvoyées de l'institution. Mais dans certains cas, elles sont tout de même parties soit pour un retour à domicile par refus d'accueillir ces personnes ou alors vers une autre institution.

En ce qui concerne la société, les stigmates apposés sont encore très présents. Les éducateurs avec qui j'ai eu l'occasion d'en parler souligne le fait qu'ils sont pour la plupart mis à l'écart. On sent surtout cette tendance chez les personnes ayant un trouble psychique plus qu'une addiction.

Suite à toutes ces constatations, je remarque tout de même que dans ma problématique, mon analyse était assez pertinente. On remarque encore beaucoup à faire dans ce domaine.

6 RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES DE DÉPART

Comme dit précédemment, mes hypothèses émanaient de la question ;

“En Valais, comment accompagne-t-on les personnes souffrant de pathologie duelle ?”

Je vais maintenant reprendre ces hypothèses une à une en tentant de démontrer ce que m'ont apporté les différents entretiens passés auprès des professionnels, et si ceux-ci infirment ou confirment mes hypothèses.

Ma première hypothèse est ;

“Le réseau qui prend en charge des personnes souffrant de pathologie duelle ont une vision pluridisciplinaire car une prise en charge des deux troubles simultanément est inexistante, ce qui favorise une vision morcelée de cette pathologie.”

On constate que, de manière générale, sauf cas exceptionnelle, la collaboration entre le réseau se passe bien. La plupart des personnes disent pouvoir communiquer avec les différents partenaires sans que cela pose de problème.

L'éducateur référent sert la plupart du temps de lien entre tous les différents acteurs et transmet les différentes informations. Comme il est présent au quotidien avec la personne, c'est souvent lui aussi qui communique les différentes observations voire les difficultés rencontrées. C'est souvent lui aussi qui va faire le pas vers la seconde pathologie et tenter d'avoir une approche plus globale des personnes atteintes de pathologie duelle.

Cependant, il y a tout de même encore une approche plutôt pluridisciplinaire à défaut d'être interdisciplinaire. C'est-à-dire que les instances s'occupant du second trouble restent souvent très cantonnées dans leur domaine. Il y a aussi un phénomène de divisions des informations. Tout le monde n'a pas contact avec tout le monde. Les infirmières s'occupent du côté médical et retransmettent l'information à l'éducateur référent. Et l'éducateur référent a certaines informations qu'il retransmet aux infirmières.

Il y a aussi le problème du secret professionnel qui a été invoqué. Certaines informations ne passent pas et sont justifiées par le secret professionnel auquel sont tenu les intervenants.

On remarque aussi que la plupart des professionnels voient la pathologie comme étant deux troubles interdépendants et non un seul trouble. De ce fait, il en résulte une vision morcelée et non globale des personnes qui est accentuée par la segmentation des disciplines et leur spécialisation.

Donc, cette hypothèse a plutôt été confirmée par le terrain.

La seconde étant ;

“Les professionnels ont de la difficulté à accompagner les personnes avec une pathologie duelle car ils manquent d’outils.”

Dans la plupart de mes entretiens, les professionnels disaient manquer d’outils. On remarque que, d’une part, ils n’ont, non seulement que très peu d’outils à leur disposition pour aider la personne dans sa seconde pathologie, mais que s’ils en ont, ils ne savent pas toujours les utiliser de manière efficace.

Dans plusieurs institutions, j’ai constaté aussi que des choses étaient mises en place. Par exemple, dans une des institutions traitant les troubles psychiques, un référent d’Addiction Valais était mis à disposition pour toutes questions éventuelles. À l’inverse, dans une institution traitant les addictions, un médecin psychiatre venait pour répondre à d’éventuelles questions des professionnels. J’ai trouvé cette idée très intéressante. Cependant, elle ne concernait que deux institutions sur les quatre interrogées. Mais cela montre quand même une certaine prise de conscience des institutions face aux problématiques rencontrées sur le terrain. Les réponses des éducateurs face à la réactivité de leur hiérarchie face à ce problème étaient très diverses. Certains ont dit que l’institution ne proposait pas assez de formation, d’autres qu’il manquait quelque chose en plus pour pouvoir mettre en pratique les outils à disposition, et d’autres encore que c’était de la responsabilité de l’éducateur d’aller demander des compléments s’il en avait besoin à sa hiérarchie.

On constate aussi que ce n’est pas seulement le manque d’outils qui rend difficile l’accompagnement mais aussi le manque de formation afin de comprendre la pathologie duelle. Comme je l’aborde plus haut, personne n’avait entendu parler de ce terme avant. Beaucoup parle de comorbidité ou de double diagnostic. Cela n’aide pas à réellement accompagner ces personnes en prenant en compte toute la complexité de leur problématique.

Pour cette seconde hypothèse, je remarque que mes doutes se sont confirmés ; les professionnels manquent d’outils. Cependant, il ne manque pas seulement d’outils mais de théorie aussi pour comprendre les enjeux de ces deux troubles qui coexistent et interagissent. Toutefois, le point positif est qu’il y a une émergence des actions face à cette problématique de la part des institutions.

En ce qui concerne ma troisième et dernière hypothèse, soit ;

“Les personnes souffrant de pathologie duelle sont plus complexes à accompagner que celles souffrant d’addiction ou de trouble psychique.”

Pour commencer, dans la majorité des cas, les éducateurs ont dit que l’accompagnement des personnes souffrant de pathologie duelle est plus complexe. Mais seule une petite partie relève que cela vient du fait de la pathologie elle-même.

La plupart des éducateurs ont noté une difficulté autre. Comme dit précédemment due au manque d’outils et au manque d’informations sur cette pathologie. Mais aussi certains ont signalé un manque de temps et de ressources pour accompagner au mieux ces personnes. On ressent aussi, pour certains, la difficulté à concevoir cette nouvelle problématique au sein des institutions. Comme s’ils attendaient une confirmation de leur hiérarchie pour commencer à réellement prendre en compte ces personnes et adapter leur accompagnement.

De tous ces manques résultent de nombreux sentiments. Certains disaient être frustrés de ne pas pouvoir accompagner correctement ces personnes. D’autres se disaient être démunis face à ces problématiques et ne pas savoir quoi faire avec ces gens. D’autres même en colère contre eux-mêmes.

Ce sont tous ces sentiments négatifs qui amènent les éducateurs souvent à un épuisement face à cette problématique. C'est à partir de là que la prise en charge devient difficile et non plus complexe. Et du moment que la difficulté se fait trop ressentir, les professionnels commencent par être agacés et terminent par ne plus supporter de voir ces "cas" arriver dans leur institution. Et c'est à partir de là que commence le processus de stigmatisation puis de marginalisation.

Donc oui, les pathologies duelles sont à aborder de façon plus complexe. Mais ce qui rend difficile la prise en charge ce sont beaucoup d'autres facteurs. Et ce sont ces facteurs-là qui marginalisent les personnes atteintes de ce trouble.

6.1 PERSPECTIVES

Suite à tout ce travail, je note plusieurs perspectives qui ont été aussi envisagées par les professionnels interrogés.

Comme vu plus haut, nous avons pu constater que la plupart des professionnels ressentent un manque de formation et d'informations. Il serait donc intéressant d'intégrer des formations continues qui parlent de cette pathologie. Par exemple, y intégrer un module au Certificate of Advanced Studies (CAS) en psychiatrie ou en addiction, voire directement dans la formation d'éducateur à la HES-SO. Au niveau institutionnel aussi il serait intéressant de donner une formation sur le sujet. D'autant plus que la majorité des professionnels n'avaient jamais entendu parler du mot pathologie duelle.

Du point de vue des outils, je trouve intéressant ce qui a été amorcé dans certaines institutions, d'avoir un référent de l'autre domaine. Par exemple, un référent d'Addiction Valais dans une institution traitant les troubles psychiques. Bien que dans l'idéal, il serait agréable d'avoir des professionnels formés au sein même de l'institution dans l'autre domaine afin d'y être directement sensibilisé. Par exemple, avoir un CASS en psychiatrie alors que l'on travaille dans le domaine des addictions. Cela permettrait de rendre le travail plus cohérent entre les professionnels. On pourrait aussi initier l'idée d'un lieu et d'un moment formel où tout le réseau se rencontrerait pour parler de la personne, envisager des pistes d'actions, essayer de la comprendre.

De manière générale, les institutions commencent à initier certains changements. L'idéal serait peut-être une approche avec une vision plus globale ainsi qu'une approche plus intégrée. Cela permettrait, d'une part, d'éviter la réduction d'une personne à sa problématique, en la mettant réellement au centre avec toute la complexité qui la fait et d'éviter un certain morcellement comme abordé plus haut.

Cependant, je ne pense pas que ce seront de nouveaux protocoles ou de nouvelles institutions encore plus spécialisées qui aideront à accompagner convenablement ces personnes. Au contraire, je pense qu'une ouverture serait plus opportune. C'est-à-dire que les institutions devraient élargir peut-être leur mission. On constate aujourd'hui que la plupart des spécialisations au sein des institutions du travail social amènent de nombreuses problématiques du même type. Il faudrait aussi qu'il y ait une réelle prise de conscience que cette problématique soit présente sur le terrain et, de ce fait, une réactivité de la part des institutions avec des réponses concrètes données aux professionnels.

J'ai aussi pu remarquer qu'un début de réflexion a été mené en Suisse. J'ai trouvé différents articles qui questionnaient l'accompagnement des personnes ayant une pathologie duelle. La Revue Médicale Suisse, en 2005 déjà, proposait de former des équipes pluridisciplinaires au sein d'une unité hospitalière afin de maintenir une liaison entre les différents centres thérapeutiques et ambulatoires de la personne. Cette dernière aurait un référent à long terme qui assurerait

l'accompagnement lors de crises ou de rupture avec les institutions.⁸⁸ Cette idée m'a parue au départ intéressante. Cependant, cela risquerait encore d'augmenter la multiplicité des intervenants qui gravitent autour de ces personnes. L'idée de Barman Jean-Daniel, secrétaire général de la LVT, me paraît plus abordable. Selon lui, il y aurait un manque de paliers intermédiaire en Valais de type bas-seuil et plutôt simple d'accès. Ils permettraient d'une part d'accroître et de diversifier l'offre en Valais pour répondre aux besoins et aux ressources de ces personnes. Mais aussi de désengorger l'hôpital de Malévoz et de prendre plus de temps pour mettre en place un projet de sortie adapté, une fois la situation de crise retombée.⁸⁹ Je trouve cette idée très enthousiasmante. Malheureusement, je ne pense pas que la conjoncture actuelle soit propice à l'ouverture de nouveaux centres.

Néanmoins, je tiens à rappeler que j'ai vu de nombreuses choses très intéressantes mises en place sur le terrain et qu'elles ont aussi été pour moi une réelle source d'inspiration. On sent une envie tant du côté des professionnels que de leur hiérarchie de mettre des choses en place afin que l'accompagnement se passe au mieux.

Toutefois, certaines questions n'ont pas été réellement développées et ma problématique les soulève. Elles restent donc ouvertes. Tout d'abord, le thème de la spécialisation des institutions est revenu fréquemment dans mon travail de Bachelor. Une question qui m'est venue rapidement à l'esprit et qui n'a pas trouvé une réelle réponse est finalement ; *Est-ce que la spécialisation de nos institutions n'est pas source de marginalisation ?* Il est vrai que nous vivons dans une société où de manière générale la spécialisation est plus valorisée que la généralisation. De ce fait, comme dit au départ dans mon introduction, tout le système social s'est développé en se spécialisant dans différents domaines voire même différentes approches. *Mais est-ce que finalement ce n'est pas cette spécialisation qui laisse certaines personnes sur le carreau, ne trouvant aucune "case" qui leur corresponde ?*

7 BILAN PERSONNEL

Arrivant au terme de mon travail, il est important pour moi de faire un retour sur cette expérience enrichissante que fut mon travail de mémoire.

Tout d'abord, ce travail m'a apporté sur le plan professionnel comme personnel. C'est étape par étape que j'ai réalisé ce mémoire non sans difficultés. Il est vrai que j'ai dû souvent réajuster mon travail ou revenir sur certains éléments afin de les réadapter à ma recherche. Tout ce processus fut, pour moi, réellement enrichissant.

En ce qui concerne mes objectifs de départs, je pense les avoir tous atteints. Tout d'abord, d'un point de vue théorique, je me suis réappropriée certaines notions vues en cours et j'en ai découvert de nouvelles. J'ai pu aussi approfondir certains thèmes qui me tenaient particulièrement à cœur. J'ai, pour ma part, découvert de nombreuses choses. Au départ, je ne connaissais pas la pathologie duelle. J'ai donc pu, petit à petit, découvrir de quoi elle était faite et en quoi elle consistait. Au début de mon travail de Bachelor, je ne pouvais pas nommer ce phénomène. Tout n'était justifiable que par de simples intuitions et de constatations faites sur le terrain. Pour moi, il a été un réel plaisir de pouvoir finalement nommer les choses et les argumenter.

C'est au contact des professionnels sur le terrain que mon travail a pris réellement un sens. J'ai été agréablement surprise de voir qu'il intéressait des personnes et, qu'elles aussi, avaient le même genre d'observation que moi sur le terrain. Mener ces entretiens fut une partie pour moi vraiment passionnante, j'ai eu beaucoup de plaisir à échanger sur certains points avec les différents

⁸⁸ Revue médical Suisse, 2005, n°26

⁸⁹ Jean-Daniel Barman, 2004

professionnels et voir que parfois, aussi, mes idées étaient peut-être un peu trop tranchées. Ils ont, chacun d'entre eux, réussi à leur manière à rendre ma vision des choses plus optimiste.

D'un point de vue professionnel, ce travail m'a aussi relativement aidée. Travaillant dans une structure qui a pour mission d'accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques, une de mes références entraient directement dans cette problématique. C'est grâce à ce travail que mon accompagnement a pu être sensibilisé par les différents facteurs qui entraient en compte.

Pour conclure, je retire beaucoup de leçon de ce travail qui a extrêmement enrichie ma pratique professionnelle. Même si parfois j'ai rencontré des difficultés ou que je me suis sentie démunie à mon tour, je garde en tête plus de positif que de négatif.

8 CONCLUSION

J'ai pu finalement constater de nombreuses choses grâce à mon travail de Bachelor.

Tout d'abord que les professionnels ressentent un manque encore sur le terrain. On discerne que certaines choses complémentaires pourraient être mises en place afin de conforter les éducateurs dans leur pratique. Même si les institutions amorcent doucement des actions afin de faire connaître cette problématique, les professionnels relèvent encore une insuffisance.

Cependant, il ne faut pas oublier que cette problématique est pour l'instant émergente. La plupart des personnes, qui ont une longue expérience dans le domaine des troubles psychiques et/ou des addictions, relèvent que cela fait seulement quelques années que ces personnes arrivent vraiment dans les institutions.

Ensuite, j'ai découvert que chaque professionnel avait sa manière d'accompagner les personnes souffrant de pathologie duelle et que celle-ci était, la plupart du temps, guidée par la personne qu'elle avait en face de lui. Il n'y a donc pas une manière unique et équivoque pour accompagner ces personnes.

Ma question de recherche était ;

“En Valais, comment accompagne-t-on les personnes souffrant de pathologie duelle ?”

Tout d'abord, j'ai remarqué que ce sont les travailleurs sociaux qui accompagnent ces personnes. Mais alors, comment font-ils ? Je répondrai honnêtement comme ils peuvent, avec les moyens, les outils et les ressources qu'ils ont à disposition. Les réponses qui m'ont été données montrent, pour la plupart, la créativité dont font preuve les professionnels et les ressources qu'ils ont en chacun d'eux, même face à des situations relativement complexes.

J'ai aussi été très étonnée de voir à quel point ils avaient des idées innovantes et avaient une volonté de voir changer les choses. Ils ont tous manifesté un intérêt certain pour mon sujet. J'ai été particulièrement touchée par leur humilité. Arrivée au terme de ce travail, je pense donc que chacun d'entre eux fait avec ce qui lui correspond le mieux et compose avec la personne qu'il a en face de lui. Ce qui est plutôt réjouissant sachant que cette manière de faire amène à une approche globale de la personne, avec tout ce qui la compose.

8.1 RÉFÉRENCEMENTS

8.1.1 LIVRES

- Abric Jean-Claude, (2011), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, édition PUF, quadrigé
- Acier Didier, (2012), *Les addictions*, Bruxelles, édition De Boeck, LE POINT SUR... Psychologie
- APA, (2003) *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Texte révisé*, Paris, édition Masson
- Autès Michel, (1999), *Les Paradoxes du travail social*, Paris, édition Dunod
- Becker Howard, (1985), *Outsiders ; Étude sociologique de la déviance*, Paris, édition Métailié
- Benyamina Amine, (2014), *Addictions et comorbidités*, Paris, édition Dunod
- Chabannes Jean-Paul, (2011), *Les médicaments psychotropes en 70 questions*, Paris, édition Retz
- Darcourt Guy, Kipman Simon-Daniel, (2002), *Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés*, Paris, édition John Libbey Eurotext
- Delouée Sylvain, Légal Jean-Baptiste, (2008), *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, Paris, édition Dunod, Les topos
- Flament Claude, (2003), sous la direction de Jodelet Denise, *Les représentations sociales*, Paris, édition PUF, sociologie d'aujourd'hui
- Goffman Erving, (1975), *Stigmata les usages sociaux des handicaps*, Paris, les éditions de minuit
- Lançon Christophe, (2013), *Conduites addictives et processus de changement*, Montrouge, édition John Libbey Eurotext, collection L'Offre de soins en psychiatrie
- Lecomte Tania, Leclerc Claude, (2004), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Sainte-Foy, Presse de l'université du Québec
- Léonard Louis, Ben Amar Mohamed, (2002), *Les psychotropes ; Pharmacologie et Toxicomanie*, Montréal, Les presses universitaires de Montréal
- Mannoni Pierre, (2012), *Les représentations sociales*, Paris, édition PUF, Que sais-je ?
- Montoussé Marc, Renouard Gilles, (2006), *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Paris, édition Bréal
- Rassart Marc, (2011), *La tolérance zéro crée la déviance ; L'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés, un regard sur le contrôle social*, Allemagne, édition universitaires européennes
- Rioux Liliane, (1998), "Les dimensions spatiale et culturelle de la marginalité. Une approche psychosociologique, pp.635-640, in Guillaud Dominique, Seysset Maorie, Walter Annie, *Le voyage inachevé... à Joël Bonnemaison*, Paris, Ostrom/Prodig
- Rosenzweig Michel, (1998), *Les drogues dans l'histoire ; entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*, Bruxelles, édition De Boeck et Berlin
- Salomon Lucas, (2010), *Cerveau, drogues et dépendances*, Paris, édition Berlin
- Steinmeyer Heinz-Dietrich, (2003), *Législation contre la discrimination à l'égard des personnes handicapées*, Strasbourg, édition du conseil de l'Europe
- Townsend Mary-C., (2004), *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*, Québec, édition du nouveau pédagogique

8.1.2 ARTICLES

- Barman Jean-Daniel, (2004), "Résidentiel et hôpitaux psychiatrique : quelle amélioration de l'indication en Valais ?" *Revue dépendance* 24
- Castel Robert, (1994), "La dynamique des processus de marginalisation ; de la vulnérabilité à la désaffiliation," *Cahiers de recherche sociologique*, n°22, pp.11-27
- Fernandez Lydia, Sztulman Henri, (1997), "Approche du concept d'addiction en psychopathologie," *Ann. Méd.-Psychol.*, V.155, n°4, pp.255-265

- Gauthier Madeleine, (1994), "Entre l'excentricité de l'exclusion ; les marges comme révélateur de la société," *Sociologie et sociétés*, V.26, n°2, pp.177-188
- Georgeson Brendan, (2009), "The Matrix Model of dual diagnosis service delivery," *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing* V.16, pp.305-310
- J. Gaillard Wasser, D. Dunker Scheuner, R. Gammeter, J.-B. Daepfen, (2005), "Prise en charge des patients « double diagnostic » : comment sortir du carrousel institutionnel ?" *Revue Medicale Suisse*, N°26
- Jacquin Philippe, (2001), "Conceptualizing stigma Bruce G. Link et Jo C. Phelan," *The annual Review of Sociology*, V.27, pp.363-385
- Jeammet Philippe, (2002), "Démystifier les psychotropes ; un outil parmi d'autres," *Revue française de psychanalyse* 2, V.66, pp.423-431
- Loonis Eric, (2001), "L'article d'Aviel Goodman ; 10 ans après," *E-Journal of Hedonology*, n°002, pp.13-25
- Massé Raymond, (2007), "La santé psychique en Valais," *Problème et besoins en santé mentale ; perception des professionnels médicaux et psycho-sociaux en Valais*
- Ploudre Chantal, Quirion Bastien, (2009), "Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance (Partie 1)," *Drogues, santé et société*, V.8, n°2, pp.7-309

8.1.3 BROCHURES

- Addiction Suisse, (2010), "Ecstasy," Focus mai 2010, *raschle and kranz*
- Addiction Suisse, (2011a), "Cocaïne," Focus 2011, *raschle and kranz*
- Addiction Suisse, (2011b), "Amphétamine et méthamphétamine," Focus 2011, *raschle and kranz*
- Addiction Suisse, (2013), "Héroïne," Focus 2013, *raschle and kranz*
- Addiction Suisse, (2014a), "Alcool," Focus 2014, *raschle and kranz*
- Addiction Suisse, (2014b), "Cannabis", Focus 2014, *raschle and kranz*
- HES-SO valais, Synapsespoir, Réseau entraide, (2013), "Santé mentale ; s'orienter dans le Valais Roman," Sion
- Hôpital du Valais, (2012), "Institutions Psychiatriques du Valais Roman (IPVR) Hôpital de Malévoz," Sion

8.1.4 SITES INTERNET

- Cliniques psychiatriques de France, (13.09.2014), "COLLOQUE ; "Psychiatrie ; qui va payer l'addiction ?", " <http://www.uncpsy.fr/dotdoc/colloque-UNCPSY-2009-synthes-intervention.pdf>
- Collège Roman de Médecine de l'Addiction, (30.12.2012), "La consommation contrôlée ; un concept inédit ?" http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Actu/2009/Actes_cc_2008.pdf
- Girod Isabelle, (02.12.2014), "Représentations sociales de l'usage de produits approche multifactorielle," http://www.fordd.ch/new/espace/2013-2014/M2/Res-approche_multifactorielle-14.pdf
- Girod, Isabelle (2014) Titre. Module OASIS HETS ; Genève. Notes de cours
- National Institute On Drug Abuse, (20.09.2014), "Drugs Facts ; l'abus des drogues et des toxicomanies accord," www.drugabuse.gov, <http://translate.google.ch/translate?hl=fr&sl=en&u=http://www.drugabuse.gov/&prev=/search%3Fq%3DNIDA,%2Bhttp://www.drugabuse.gov/%26biw%3D1366%26bih%3D634>

9 ANNEXES

9.1 LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Congedo Maria-Paola
Place de la Thoune 7
1977 Icoigne
Tél. : 078/896.40.85
Adresse mail : mpcongedo@gmail.com

ÉTUDE SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ET D'ADDICTIONS EN VALAIS

**Menée par Congedo Maria-Paola, étudiante à la Haute École de Travail Social à Sierre
Sous la direction de Solioz Emmanuel, Directeur de Travail de Bachelor à la Haute École de Travail Social à Sierre**

Informations destinées aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Éducatrice en fin de formation à la Haute École de Travail Social à Sierre, je suis actuellement en pleine élaboration de mon travail de Bachelor. Dans ce cadre, il m'est demandé de faire une recherche théorique basée sur des pratiques professionnelles du travail social. La question de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et d'addictions est un thème peu abordé jusqu'à présent qui me tient à cœur. De ce fait, j'en ai fait le sujet principal de mon travail de fin d'étude. Pour confirmer ou infirmer mes hypothèses de départ, j'ai besoin de réaliser des entretiens auprès de travailleurs sociaux.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude. Vous êtes, bien entendu, entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'un entretien. Ce dernier se déroulera en tête à tête avec moi-même et il durera environ une heure.

Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard en juillet 2016.

Au début de l'entretien, je vous donnerais des informations complémentaires sur ma recherche et répondrais à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé).

Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent. Les données recueillies resteront anonymes.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information et je me réjouis de vous rencontrer prochainement.

Congedo Maria-Paola

9.2 GRILLE D'ENTRETIEN

<u>Hypothèses</u>	<u>Questions</u>	<u>Questions de relances</u>	<u>Indicateurs</u>
Questions d'ouvertures	<p>-Citer ma question de mémoire</p> <p>-Si l'on vous parle de pathologie duelle, quel sens a ce mot pour vous ? <i>Si non explication</i></p> <p>-Avez-vous déjà rencontré au sein de votre établissement des personnes souffrant de trouble psychopathologique et de dépendance ? <i>Si oui, à quelle fréquence ?</i></p>		<p>-Addictions, troubles psychiques</p> <p>-Citer la fréquence</p>
"La collaboration entre professionnels est pluridisciplinaire à défaut d'être interdisciplinaire"	<p>-Est-ce que vous avez déjà accompagné des personnes atteintes d'une addiction et d'un trouble psychique ? De type référence ? <i>Si oui environ combien ?</i></p> <p>-Si vous vous souvenez la dernière personne que vous avez accompagnée, de qui se composait son réseau ?</p> <p>-Le résident en question était-il accompagné par une autre structure prenant en charge sa seconde pathologie ? <i>Si oui, avec qui collaboriez-vous ?</i></p>	<p>-Si non, avez-vous au sein de votre établissement des personnes souffrant d'une addiction et d'un trouble psychique que vous accompagnez au quotidien ? <i>Si oui environ combien ?</i></p> <p>-Si non, avez-vous demandé de l'aide pour la seconde pathologie auprès de quelqu'un de plus spécialisé (Addiction Valais, Malévoz, etc. ?)</p> <p>-À quelle fréquence vous collaboriez ?</p>	<p>-Oui non</p> <p>-La fréquence</p> <p>-Les différents membres du réseau de la personne</p> <p>-Le nom de la structure</p> <p>-Nombre de rencontres, la manière dont elles se déroulent. Partage des savoirs, interdisciplinarité, etc.</p>

	<p>-Comment collaborez-vous au sein du réseau de la personne ?</p> <p>-Quels sont les points positifs et négatifs de votre collaboration ?</p> <p>-Pour vous est-il essentiel d'avoir une autre structure qui intervienne afin d'accompagner au mieux la personne pour le deuxième trouble ?</p>	<p>-Partagez-vous vos savoirs, techniques, approches sur les deux problématiques ou chacun reste dans son domaine de prédilections ?</p> <p>-Est-ce que tout le monde parle des deux pathologies ou focalisation dans un domaine ?</p> <p>-Et quand parlez-vous de sa seconde pathologie ?</p> <p>- Ressentez-vous un manque ?</p> <p>-De quelles informations auriez-vous besoins ?</p> <p>-Vous sentez-vous écouté par le réseau ?</p> <p>-Qui est le mieux placé pour cela ?</p> <p>-Pourquoi cette structure plutôt qu'une autre ?</p>	<p>-Interdisciplinarité ou non, manque d'écoute entre les partenaires, manque d'informations pour un meilleur accompagnement.</p> <p>-Nom de la structure, justification du choix</p>
<p><i>"La prise en charge prend-elle en compte la complexité de la personne ?"</i></p>	<p>-Comment s'est passé l'accompagnement de la dernière personne souffrant de trouble psychique et d'addiction que vous avez dû accompagner, les difficultés, dans la vie quotidienne ?</p> <p>-Avez-vous aussi tenté de travailler avec la personne sur sa seconde pathologie ou vous êtes-vous attardé sur celle</p>	<p>-Comparer aux autres accompagnements ?</p> <p>-Pourquoi le jugez-vous ainsi ?</p> <p>-Comment aurait-il pu se dérouler de manière plus favorable ?</p> <p>-Quel manque y avait-il dans cet accompagnement pour l'utilisateur ?</p> <p>-Comment avez-vous pris en charge sa seconde pathologie ?</p> <p>-Pourquoi avez-vous choisi cette manière plutôt qu'une autre ?</p>	<p>-Qualité de l'accompagnement</p> <p>-Justification</p> <p>-Manque de savoir, manque de collaboration, manque d'outils, etc.</p> <p>-Oui, non</p> <p>-J'ai fait appel à certains outils, j'ai utilisé différentes théories, prise en charge, etc.</p> <p>-Justification du choix</p>

	<p>dont il est question dans votre établissement ?</p> <p>-Quels outils mobilisez-vous pour accompagner cette personne ?</p> <p>-Est-ce que les mettre en pratique a été simple pour vous ?</p> <p>-Avez-vous des modèles théoriques, des protocoles propres à votre institution pour accompagner les personnes ayant une addiction et un trouble psychique ?</p> <p>-Est-ce que la dernière personne que vous avez accompagnée dont il était question plus haut a dû être transférée dans une autre institution ? Ou avait-elle déjà un long parcours institutionnel ?</p> <p>-Trouvez-vous que votre institution est adaptée pour accueillir ce genre de personnes ?</p> <p>-De quoi auriez-vous besoin pour améliorer la prise en charge des personnes avec une pathologie duelle ?</p>	<p>-Pourquoi ces outils plutôt que des autres ?</p> <p>-Où avez-vous trouvé ces outils ?</p> <p>-Pourquoi ?</p> <p>-Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?</p> <p>-Quel manque avez-vous ressenti ?</p> <p>-Que dit ce modèle théorique ?</p> <p>-Quel est le protocole en cas de rechute ?</p> <p>-Quel est la limite pour être renvoyée de l'institution ?</p> <p>-Qu'est-ce qui a déclenché ce changement d'institutions ?</p> <p>-Pourquoi ?</p> <p>-Du point de vue de l'institution ?</p> <p>-Des protocoles ?</p> <p>-Des outils ?</p> <p>-Des théories ?</p> <p>-Des ressources ?</p>	<p>-Technique d'entretien, d'accompagnement, etc.</p> <p>-Justification du choix</p> <p>-Manque de connaissance de la problématique, le résident ne prenait pas, etc.</p> <p>-Explication du modèle, du protocole.</p> <p>-Institution plutôt souple ou plutôt exigeante.</p> <p>-Oui, non</p> <p>-Explications</p> <p>-Oui, non, justification</p> <p>-Citer les différents manquements</p>
<p><i>"La pathologie duelle est complexe"</i></p>	<p>-Selon vous, est-il plus difficile de prendre en charge une personne souffrant d'addiction et</p>	<p>-Pourquoi ?</p> <p>-Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?</p>	<p>-Les différentes difficultés (prise du traitement, rechute</p>

	<p>de trouble psychologique ?</p> <p>-Aviez-vous des préjugés sur cette personne quand vous avez appris sa seconde pathologie ?</p> <p>-Y a-t-il pour vous une interaction entre le trouble psychique et l'addiction ?</p> <p>-Pour vous, la pathologie duelle est un seul et unique trouble ? Deux troubles interdépendants ? Ou deux troubles bien distincts ?</p> <p>-Comment vous sentiez-vous durant cet accompagnement ? Frustré, soulagé, démuni, etc.</p> <p>-Avez-vous suivi des cours concernant la pathologie duelle ?</p> <p>-Avez-vous une formation spécifique en psychopathologie ou addiction ?</p> <p>-Pensez-vous que ces personnes ont une tendance à la marginalisation ?</p>	<p>-Quels étaient ces préjugés ? -Ce sont-ils confirmés ou non ?</p> <p>-Pourquoi ? -De quel type d'interaction s'agit-il ? -Est-ce qu'une rechute de consommation peut-elle amener une rechute au niveau psychique ou non ?</p> <p>-Pourquoi ?</p> <p>-Pourquoi ? -Avez-vous eu des attitudes différentes ?</p> <p>-Quand ? Quels types de cours ? Durant quelle formation ?</p> <p>-A-t-elle abordée la pathologie duelle ? -Si oui, de quelle manière ?</p> <p>-Pourquoi ? -L'accompagnement de ces personnes favorisent-elle cette marginalisation ?</p>	<p>consommation, incompréhension, etc.)</p> <p>-Oui, non -Les différents préjugés</p> <p>-Aucune interaction, interaction, interdépendance</p> <p>-Définition -Justification</p> <p>-Explication -Les différentes manifestations de frustrations, moins de tolérance, ressentiments, etc.</p> <p>-Explications</p> <p>-Oui ou non -Le temps consacré à cette pathologie, etc.</p> <p>-Différentes raisons</p>
--	---	--	---

<p>Questions pour terminer</p>	<p>-Avez-vous été surpris par le thème de mon mémoire ?</p> <p>-Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p> <p>-Conserver l'anonymat oui ou non ?</p>	<p>-Pourquoi ?</p>	<p>-Rare, méconnaissance, etc.</p>
---------------------------------------	---	--------------------	------------------------------------