

Apprivoiser pas à pas la toxicomanie et les troubles mentaux

— Résumé —

Ce texte fait partie d'une banque de 50 récits de pratiques d'intervention en itinérance qui ont été réalisés avec quatre *Équipes Itinérance* du Québec (Hurtubise et Babin, 2010) et les trois équipes cliniques du projet *Chez soi* à Montréal (Hurtubise et Rose, 2011, 2013).

Dans le travail d'intervention, il est souvent difficile d'accompagner une personne dont la consommation brouille les cartes et augmente les symptômes de la maladie mentale, tout en faisant office d'automédication. Ce récit relate le suivi auprès d'un homme de 33 ans qui souffre de schizophrénie et d'un problème sévère de toxicomanie. L'intervenante et Philippe vont trouver des façons d'établir une relation d'intervention qui respecte ce dernier dans ses divers symptômes de toxicomanie et de troubles mentaux, et notamment dans ses réticences à les reconnaître.

« Si j'avais été directive, il n'y aurait pas eu de relation entre nous. »

Équipe SIV CSSS J-M, Projet Chez soi

L'intervenante va accompagner Philippe dans les différents cycles de consommation, de désorganisation, puis de réappropriation de sa santé mentale. Elle reviendra notamment sur un épisode psychotique pour mieux ancrer l'intervention dans l'évaluation des risques. Elle misera notamment sur la balance décisionnelle et le respect du rythme, tout en favorisant par ailleurs l'établissement de divers éléments de protection autour de la personne. Au fil du suivi, de nombreux pas seront faits vers un mieux-être en marchant à côté de la personne, en mettant de l'avant ses forces et en travaillant à la fois autour des enjeux liés à la toxicomanie et à la santé mentale.



Lurdeza, 2013. Certains droits réservés. CC

Accorder à la consommation sa juste place dans la relation d'intervention

Dans la construction du lien avec cet homme, divers codes seront établis pour favoriser la communication et le respecter dans ses choix, tout en maintenant une relation thérapeutique. Rapidement, l'intervenante reconnaît que la consommation de Philippe balise les possibilités de l'intervention. Sans jugement ni tabou. Le logement sera par ailleurs saisi comme un levier pour aller vers une réduction des méfaits liés à la consommation.

Philippe a 33 ans et il souffre de schizophrénie. Il consomme beaucoup : un peu de tout et particulièrement de la cocaïne par intraveineuse. Certaines drogues, dont les amphétamines, augmentent les symptômes de la schizophrénie et les voix qu'il entend en permanence sont alors encore plus dérangeantes. Philippe a été hospitalisé par le passé pour des épisodes de consommation. Il a longtemps vécu à la rue et il y a fait sa place. Fait notable, il a une porte réservée pour quêter dans le métro, parce qu'il a réussi à acquérir un territoire.

Philippe a connu les centres jeunesse. Quand je l'ai rencontré, il me semblait fatigué des intervenants; il a eu affaire à eux toute sa vie. Je ne me suis pas imposée, j'ai été à l'écoute de ses demandes et de ses limites. Il faut respecter l'espace de la personne, accepter ses résistances et travailler sur ce qu'elle veut travailler. **Philippe ne voulait pas parler de la schizophrénie et de la consommation et nous avons trouvé des manières de faire afin qu'il ne se sente pas envahi par la relation d'intervention, sans par ailleurs nier ces réalités.** Nous avons notamment balisé nos rencontres en fonction de sa consommation. Nous avons eu une rencontre alors que Philippe était sous l'effet de drogues et ç'avait été difficile. La fois suivante, nous en avons parlé : il était clair, pour lui comme pour moi, qu'il n'était pas intéressant de nous rencontrer dans ces conditions-là. Nous avons conclu une entente : nous n'aurions pas de rencontre s'il était fortement intoxiqué. Je lui ai aussi dit, « je ne viendrai pas te visiter autour du premier du mois, pendant que *tu te payes la traite*. Qu'est-ce que tu en dis? » Il était tout à fait d'accord.

Philippe a honte de sa maladie et il ne voulait pas que nous parlions de ses voix. Alors, **pour parler de santé mentale, nous avons établi un langage codé** : « ton ami, il te voit comment ces temps-ci? » « Il trouve que je parle beaucoup seul ». Ainsi, je comprenais qu'il était envahi. De plus, à force de côtoyer la personne, et avec l'expérience, on connaît les petits trucs qu'elle utilise pour gérer les symptômes. Philippe mettait parfois la télévision plus forte pendant nos rencontres. Je savais alors qu'il entendait plus de voix et qu'il voulait faire une distraction là-dessus.

Au quotidien, pour quelqu'un comme Philippe qui a d'aussi importantes habitudes de consommation, forcément, on parle d'autre chose, on n'aborde pas ce sujet-là tout le temps. Si la consommation est plus présente, si les risques augmentent, ce sont différentes observations qui nous permettent de l'identifier. Cela dit, il faut faire attention à une possible désensibilisation de la part de l'intervenant lorsque la personne consomme au quotidien. Il faut rester vigilant.

Philippe est sensible au renforcement positif. Il a des voix très méprisantes à son égard, qui le dénigrent, et ça lui fait du bien que l'on

mette de l'avant ses forces. Parfois, il les perd de vue et je les lui souligne : oui, il consomme, mais il se montre par ailleurs très responsable ; son loyer et ses factures sont payés, il fait son marché. Je pense que c'est ainsi que s'est construit le lien entre nous. Il est arrivé que pour des questions de santé je lui dise : « je m'inquiète, tes bras sont très abîmés. », mais règle générale, j'ai peu abordé sa consommation et j'ai mis ses forces de l'avant.

C'est par lui-même que Philippe en est venu qu'à me parler plus ouvertement de sa consommation. **Nous avons valorisé les méthodes qu'il emploie pour réduire les risques de la consommation.** Par exemple, il réserve l'argent de son chèque d'aide sociale pour ses responsabilités liées au loyer, puis il quête pour sa consommation. Il s'est aussi fait installer le câble. De cette façon, une partie de l'argent de la quête sert à payer le câble plutôt que la drogue, donc il consomme moins. À travers tout ça, je note un sentiment d'appartenance au logement qui s'installe. À un moment donné, je suis arrivée chez lui et il a dit :

- Le tiroir est plein de seringues, il faut que j'aille les porter au centre-ville.
- Et pourquoi les mets-tu dans ton tiroir?
- Parce que mon appartement n'est pas une piquerie.



phostezel, 2013. Certains droits réservés. CC

Philippe a beaucoup de ressentiment envers lui-même lorsqu'il consomme. Il m'a dit : « *je ne veux pas consommer parce que ça me détruit, mais je le fais tout de même* ». Par ailleurs, quelque chose est intériorisé chez lui : il a eu d'autres appartements dans le passé où il avait perdu le contrôle.

Le travail que nous faisons ensemble dépend des cycles de consommation et de sa santé mentale. Pendant un temps, Philippe a moins consommé. Il est passé des injections dans la rue, à une consommation contrôlée. Il a aussi commencé à réduire sa méthadone, car il rêve de voyager, de ne plus être tenu de vivre à Montréal à cause de la méthadone. Pendant cette période, nous avons mis l'accent sur ses projets. Nous avons fait des bilans et l'étoile du rétablissement.

Accompagner une appropriation de la santé mentale et de la prise des médicaments

L'intervenante va accompagner Philippe dans ses explorations pour s'approprier sa santé mentale, qui s'inscrivent dans un désir de normalité. L'arrêt de ses médicaments mènera rapidement à une désorganisation de l'état mental de Philippe. Les divers facteurs de protection mis en place autour de Philippe, dont les contacts autorisés avec plusieurs personnes de son entourage, permettront de l'accompagner dans la gestion de ses médicaments et de faire des pas de plus avec lui vers un mieux-être.

Au cours de cette période où il a moins consommé, Philippe a cessé de prendre ses médicaments. Cet arrêt était lié à sa quête de normalité. Dans l'intervention, ce que j'ai essayé de faire, c'est d'explorer quelles sont ses raisons de vouloir cesser de prendre des médicaments. **On est beaucoup dans la balance décisionnelle** : si tu cesses ta médication, quels sont les avantages et les inconvénients? Si tu continues ta médication, quels sont les avantages, quels sont les inconvénients? Et si tu vises un entre-deux, par exemple de demander à ton

psychiatre de diminuer la dose pour diminuer les effets secondaires, quels pourraient être les avantages et les inconvénients?

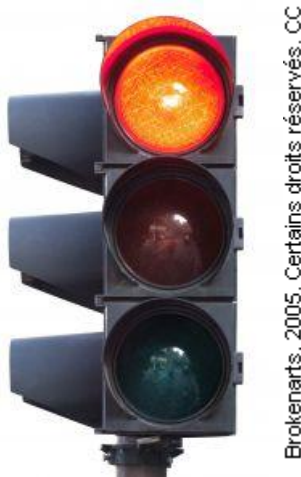
Philippe voulait arrêter les médicaments à cause des effets secondaires. Il considérait que peu importe qu'il prenne ou non des médicaments, il entendait des voix. Nous avons exploré ensemble des méthodes pour qu'il prenne lui-même en main sa santé mentale. Il est conscient que s'il consomme des amphétamines, il entendra plus de voix pendant quelques jours. Quand il entend trop de voix, il fume du pot. Il dit préférer cela aux médicaments qui ont des effets secondaires physiques indésirables et qui n'éliminent pas complètement les voix.

Je lui ai par ailleurs reflété qu'il se sert de la consommation pour s'auto-médicamenter : il y a tout le temps un jeu entre le high et le down. Ce type d'intervention l'amène à réfléchir et à prendre une décision plus éclairée parce qu'il y a des aspects qu'il n'avait peut-être pas réfléchis. En fin de compte, c'est lui qui prend sa décision, mais on peut le guider.

Rapidement, en arrêtant les médicaments, Philippe a eu du mal à dormir et il s'est remis à consommer un peu plus pour essayer de réguler son humeur. Dans les semaines qui ont suivi, il a été de plus en plus agressif, s'était montré irritable, même lors de conversations banales. À notre dernière rencontre, il m'avait paru particulièrement agité et il semblait entendre plus de voix. Il leur parlait à voix haute et n'arrivait plus à se contrôler en ma présence. Je savais que ça n'allait plus. Nous avons établi un code ensemble : étant donné qu'il ne veut pas que je lui pose de questions sur ses voix, je lui demandais à l'occasion : « est-ce que c'est gérable? » Cette fois-là, lorsque je le lui ai posé la question, il m'a répondu : « si ce n'est plus gérable, je ne te le dirai pas. » Je ne savais pas de quelle nature étaient les voix. Lui donnaient-elles des ordres? À cette occasion, je n'ai pas eu accès à son état mental, il n'a pas voulu de me dire ce que ses voix lui disaient. Je ne pouvais pas faire une évaluation complète, je ne savais pas s'il était un danger pour lui ou pour les autres.

S'il s'agit de voix mandatoires, ça fait une différence dans l'évaluation du risque. En en reparlant en équipe, nous avons convenu que j'aurais

dû insister en lui parlant de la position dans laquelle il me plaçait de ne pas pouvoir évaluer adéquatement une situation potentiellement à risque. J'aurais dû lui dire: *« en refusant de me répondre, tu me places dans une situation où je vais me faire des scénarios. Je ne sais pas ce qu'il y a dans ta tête et ce que tu me donnes comme élément, ça m'inquiète et j'ai besoin d'évaluer pour me rassurer. Si tu refuses de me répondre, je risque de me tromper, je risque de me faire des idées qui ne seront peut-être pas les bonnes, mais ça va être dû au fait que tu ne veux pas me répondre. »*



Il ne faut pas avoir peur de dire à la personne dans quelle situation nous nous trouvons compte tenu de notre responsabilité professionnelle.

La semaine suivante, je me suis rendue chez lui avec une collègue, par mesure de sécurité. Pas de réponse. C'était inhabituel : au cours des six premiers mois de suivi, Philippe avait toujours été présent à nos rencontres. Inquiète, je me suis rendue à la porte du métro où il a l'habitude de quêter. Il n'y était pas. Philippe est quelqu'un qui a des habitudes bien établies. Il va chercher sa méthadone à telle heure, il est au métro à telle porte à telle heure. Déjà de voir qu'il y avait des changements dans ses habitudes, ça indiquait qu'il était moins bien.

Alors, nous avons poussé un peu plus dans l'évaluation des risques. Au cours du suivi, Philippe nous avait autorisés à communiquer avec différentes personnes de son entourage. Au cours des derniers jours,

j'avais notamment été en contact avec une ressource communautaire qu'il fréquente, afin de prendre de ses nouvelles. J'ai appelé les intervenants de cette ressource ce matin-là et ils m'ont dit que Philippe n'était pas présent, mais qu'il était en état de crise psychotique la dernière fois qu'ils l'avaient vu.

Depuis quelques semaines, j'avais également obtenu l'autorisation de communiquer avec son ami André qui réside chez lui et qui possède un téléphone cellulaire. C'est un ami de longue date, qui le connaît bien et qui peut observer des signes avant-coureurs. Il agit un peu comme un aidant naturel, il est un facteur de protection. J'ai téléphoné à André qui m'a donné le même son de cloche : il était inquiet, Philippe n'allait pas bien ces derniers jours, il entendait des voix, il était cloîtré dans l'appartement, refusait de se lever, ne répondait plus à la porte.

L'après-midi même, je suis retournée à son domicile avec la chef d'équipe pour évaluer l'état mental de Philippe. Quand nous sommes arrivées, André nous a ouvert la porte. J'ai vu que Philippe était dans sa chambre, mais il m'a fait signe de partir. Je lui ai demandé si je pouvais parler avec son

ami et si je pouvais lui donner mon numéro de téléphone, il a accepté. André nous a dit que Philippe ne dormait pas depuis trois jours, qu'il restait isolé. Nous avons proposé à Philippe de l'accompagner à l'hôpital. Il a refusé. **Nous avons tenté le plus possible d'avoir sa collaboration pour que l'hospitalisation se fasse sur une base volontaire.**

C'est pourquoi il a été convenu qu'André, qui avait un bon lien avec lui et arrivait généralement à le convaincre, tenterait dans les prochaines heures de parler avec Philippe et l'inciterait à se rendre à l'hôpital. Si Philippe avait été seul chez lui, l'intervention aurait été différente. Mais il avait confiance en son ami et ils se connaissaient bien. La journée suivante, Philippe était encore dans le même état et son colocataire nous a appelés sur le cellulaire de garde pour dire qu'il était inquiet. J'étais absente et c'est la chef d'équipe qui a fait le suivi. Elle a appelé le 911 et elle a expliqué la situation. Une ambulance et des policiers se sont rendus chez Philippe. À distance, la chef d'équipe a parlé avec les ambulanciers et ceux-ci l'ont informée qu'ils l'amenaient à l'hôpital, bien que celui-ci s'y opposât. En fin de soirée, l'urgentologue a appelé la chef d'équipe et il

lui a confirmé que Philippe n'allait pas bien et qu'il entendait des voix qui lui donnaient des ordres. Philippe est demeuré 48 heures à l'hôpital.

Faire un retour sur l'hospitalisation

Avec Philippe, l'intervenante va faire un retour sur l'épisode de désorganisation et établir un nouveau plan de gestion de crise avec lui. Elle met de l'avant les apprentissages contenus dans cette expérience. Elle va notamment aborder la reprise des médications et faire un travail de reconstruction de l'estime suite à l'épisode d'hospitalisation.

Après la sortie de l'hôpital de Philippe, j'ai fait un retour avec lui à propos de ce qui s'était passé. La première moitié de la rencontre s'est tenue en compagnie de son colocataire André, et la seconde partie s'est déroulée entre Philippe et moi seulement. Philippe était très ouvert. Il était à l'aise avec le fait que nous ayons communiqué avec André et il a même insisté pour que j'aie le nouveau numéro de son ami lorsqu'il a changé de téléphone.

Nous avons fait le tour de la situation. Philippe m'a confié que les voix lui disaient de tout détruire autour de lui. À la suite de ce séjour à l'hôpital, il a recommencé à prendre ses médicaments, reconnaissant que les amphétamines lui faisaient entendre beaucoup de voix. Il avait cru pouvoir les contrôler, mais ça ne se contrôlait plus. Dans sa chambre, il avait fait un trou dans le mur et cassé une vitre. Il m'a dit : « *j'aurais pu être dangereux* ». Il a été convenu qu'il allait réparer la fenêtre au cours du mois, puis le mur le mois suivant. Il le ferait lui-même et nous ne le signalerions pas à la résidence d'hébergement.

Je lui ai ensuite demandé comment procéder si une situation similaire se produisait à nouveau. J'ai eu accès à beaucoup de choses lors de cette rencontre. **Nous avons élaboré un nouveau plan de crise dans lequel Philippe demandait à l'équipe de l'amener à l'hôpital lorsqu'il n'allait pas bien.** Il m'a dit : « *tu n'auras pas le choix d'appeler la police parce que je suis un toxicomane. Même si j'y vais avec toi, que j'y consens, je vais signer mon congé en arrivant là-bas. Il faut que tu m'obliges. Je ne vais pas être content, mais c'est la seule manière. Quand*



je suis dans cet état là, je ne vois rien, je veux aller consommer. »

J'ai écrit ce dont nous avons convenu sous la forme d'un plan de crise et je suis retournée chez lui la semaine suivante. Je le lui ai fait lire et lui ai demandé de le signer. Il n'a pas voulu. « C'est ce qu'on s'était dit la semaine passée,

pourquoi ne veux-tu pas le signer? » Philippe m'a dit qu'il était d'accord pour que ça apparaisse au dossier, mais il ne voulait pas le signer. Probablement que pour lui, ce document venait cristalliser son identité de personne ayant un trouble mental et souffrant de toxicomanie. Je peux comprendre son souci de ne pas officialiser ce portrait-là de lui.

Je pense que nous avons agi au bon moment et qu'il y a eu une bonne évaluation des risques. **Il y avait de nombreux facteurs de protection autour de Philippe malgré sa dégringolade : son ami, la ressource communautaire** et les moyens qu'il m'a donnés. J'étais heureuse de réussir à faire le

bilan de la situation avec lui, qu'il fasse par lui-même une prise de conscience à propos de la prise de médicaments et qu'il soit capable de me dire comment procéder une prochaine fois. **Nous avons accompagné Philippe quand il a décidé d'arrêter la prise de ses médicaments. Ça l'a mené à l'hôpital, puis il a lui-même choisi de recommencer à les prendre.** Il m'a dit : « *je dors mieux, j'entends moins de voix, bien que je les entende tout de même.* » Il a lui-même tiré ses conclusions. Mon travail a été de lui faire un portrait de la situation : « *Dans tout ça, je vois une réussite. Tu as essayé d'arrêter tes*

médicaments, tu l'as repris par toi-même. Tu es allé à l'hôpital, tu m'as laissé parler à ton ami, tu aurais pu m'en empêcher. Tu ne m'as pas ouvert la porte au bon moment, c'était assez pour que je comprenne que ça n'allait pas. »

Faire la part des choses entre déni et désir de normalité

En conclusion de ce récit, l'intervenante réitère l'importance d'accompagner le rythme et les apprentissages des personnes. C'est en se positionnant à côté du Philippe qu'elle a pu l'accompagner dans ses apprentissages, à travers les hauts et les bas de la toxicomanie et les symptômes de la schizophrénie. Cela dit, demeure le rôle de l'intervenant de faire la part des choses entre désir de normalité et déni de la situation vécue par la personne.

Philippe a donc repris ses médicaments. Il a aussi recommencé à consommer. Sans compter que les débuts de mois sont toujours difficiles. Quand il a un but, il consomme moins, mais pour le moment, il a

atteint les objectifs qu'il s'était fixés (achat d'un ordinateur, accès au câble et Internet) et qui limitaient ses revenus pour consommer. Pendant l'été, il a davantage d'argent, car c'est payant de quêter auprès des touristes. Lorsqu'une journée est plus payante que prévu, il consomme la différence et, le lendemain, il a envie de faire un autre *fixe* et il retourne quêter. Cependant, à travers tout ça, Philippe pense à faire des examens de la vue et il continue à réduire sa consommation de méthadone.

Dans ce suivi, j'ai appris à faire confiance à Philippe. L'accompagnement se dessine au fur et à mesure du chemin qu'il souhaite prendre. Il m'apparaît clair que si je n'avais pas respecté ses conditions, nous n'aurions pas pu travailler ensemble. Si j'avais été directive, il n'y aurait pas eu de relation entre nous. Une certaine complicité s'est établie, parce que nous avançons à son rythme, à sa façon. **Lui faire confiance, c'est lui donner la possibilité d'apprendre, de chercher lui-même ses solutions, de l'aider à trouver sa voie vers un rétablissement.**

Dans ce travail d'accompagnement, nous devons par ailleurs savoir faire la distinction entre accompagner le désir de normalité de la personne et faire du déni avec elle. Nous ne devons pas abandonner les personnes à leur maladie. Parfois la personne est trop malade pour reconnaître qu'elle a un besoin. Ça demande d'apprendre à connaître la personne à travers le temps et de rester vigilant.

Projet Chez soi, Montréal, 2013

*Équipe de suivi d'intensité variable (SIV),
CSSS Jeanne-Mance*

Mots clefs : Jeune, réseau social/proches, psychiatrie, toxicomanie, trouble délirant.



magnees2, 2013. Certains droits réservés. CC