

Journée romande
organisée par L'association LE RADEAU, en collaboration avec COSTE,
Espace Gruyère, 1630 Bulle

“Thérapies et méthadone en milieu résidentiel : au carrefour des
représentations et des pratiques“

La méthadone dans le modèle de la « thérapie résidentielle » : situation suisse

18 novembre 2003



Nicolas Dietrich
Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies
résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE)
Eigerplatz 5
Case postale 460
3000 Berne 14
n.dietrich@koste-coste.ch
<http://www.koste.ch>

Table des matières

Introduction	3
1. La « thérapie résidentielle » comme méthode.....	3
2. Intégration des traitements de substitution à la méthadone dans ce modèle : facteurs historiques et conditions	5
2.1. Facteurs de changement.....	5
2.2. Conditions	6
2.2.1. Eléments clés devant être adaptés pour l'intégration de personnes ayant un traitement de substitution à la méthadone.....	7
2.2.2. En résumé : fidélité au modèle et adaptations professionnelles dans le cadre de ce modèle.....	9
3. Situation suisse	10
3.1. Nombre d'institutions avec méthadone	10
3.2. Nombre d'institutions avec des double-diagnostic	11
4. Développements futurs?	12

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes, des services ambulatoires et des centres de thérapies résidentielle et médecins cantonaux, dont certains sont cités dans le texte qui suit et qui ont eu l'amabilité de me fournir des réponses actuelles sur la situation qui prévaut sur le terrain, Leurs apports complètent richement les autres sources ayant servi de base à l'élaboration de cette présentation, comme les sources bibliographiques et celles de COSTE.

Introduction

Les thérapies résidentielles et les *Methadone Maintenance Treatment* (MMT) ont été, jusqu'à récemment, considérés comme antithétiques. Aujourd'hui, une partie des institutions spécialisées dans les thérapies des dépendances aux drogues illégales ont intégré dans leur programme les personnes toxico-dépendantes ayant un traitement de substitution. S'agit-il d'une remise en question du modèle des thérapies résidentielles ?

Sur la base d'un examen des objectifs thérapeutiques et des groupes-cible, la question de la place de la méthadone dans ce modèle sera tout d'abord clarifiée.

Dans une deuxième partie, nous verrons comment, concrètement, les institutions ont effectué cette intégration de la méthadone et examinerons si elle doit répondre à certaines conditions ? Si oui, lesquelles ? Plus précisément, nous verrons à travers la situation suisse, et romande en particulier, quels sont les facteurs qui ont favorisé cette évolution, combien d'institutions ont intégré la méthadone, comment elles le font et quelle est la situation institutionnelle qui prévaut actuellement en la matière, ainsi que des tendances et pistes futures.

1. La « thérapie résidentielle » comme méthode

Il est aujourd'hui important de préciser une nouvelle fois les aspects méthodologiques des thérapies résidentielles, car certaines personnes, même parmi les professionnels des dépendances, semblent aujourd'hui ne plus très bien savoir quels sont les caractéristiques d'une telle thérapie et l'intégration de la méthadone semble avoir encore renforcé cette confusion. Cela est vrai autant au sein de certaines institutions résidentielles que pour les services placeurs, les financeurs et les clients/-es. Il s'agit bien d'un changement de culture et d'une évolution concrète de ces thérapies, qui a démarré dès le milieu des années 90 en Suisse. S'interroger sur cette évolution c'est questionner non seulement l'identité mais aussi l'efficacité ainsi que le futur de cette approche.

Comprendre les méthodes liées à ce modèle permet de comprendre comment les traitements de substitution s'inscrivent dans ce type de thérapie. Il faut tout d'abord rappeler clairement quels sont les objectifs visés par les thérapies résidentielles, ce qui permettra ensuite d'approfondir la question de la méthode.

Les travaux effectués depuis de nombreuses et notamment dans le cadre de FiDé¹ ont clairement défini les objectifs qui permettent de mesurer la réussite d'une réintégration sociale et les ont regroupés en cinq catégories² :

- Exercer un travail permettant de gagner sa vie
- Trouver une forme adéquate de logement
- Constituer et entretenir un réseau relationnel solide
- Mener un style de vie qui agit positivement sur le maintien de la santé
- Savoir vivre dans le cadre de la légalité

Il est important de relever que l'abstinence ne figure nullement parmi ces objectifs, alors que, au même titre que la méthadone, elle est un support, un moyen, pour atteindre ces objectifs. Et, comme nous le verrons ci-dessous, l'abstinence ne fait pas non plus partie de la méthode des thérapies résidentielles. Par contre, pouvoir atteindre ces objectifs signifie procéder à un intense processus de changement que le client qui suit la thérapie doit effectuer. Pour y

¹ P. Burkhard, T. Egli, U. Simmel, *FiDé Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances*, Manuel, COSTE, Berne, 2003.

² Op. cit, chap. 5, Berne, 2003.

arriver la thérapie résidentielle déploie toute une série d'éléments qui constituent une approche et une méthode unique pour générer et soutenir les changements individuels. « *Les thérapies résidentielles permettent de rétablir les liens sur les plans naturel et culturel entre l'individu et son environnement proche et lointain. Les interventions se situent par conséquent à tous les niveaux des systèmes somatique, biologique, psychique social et culturel.* »³

Les travaux effectués dans le cadre de FiDé ont défini les thérapies résidentielles comme « *des lieux où des personnes vivent ensemble jour et nuit. Par définition ces communautés remplacent les groupes primaires traditionnels dans notre société. offrant un « cadre de vie substitutif à la vie quotidienne.* »⁴ C'est un cadre artificielle permettant de remplacer les champs de socialisation qui sont habituellement fournis par la société (famille, para-familial, couple, école, travail, loisirs).

Parmi une vaste littérature et de nombreux auteurs, on peut mentionner George De Leon, professeur en psychiatrie clinique à l'Université de New-york, qui dirige le Center for Therapeutic Community Research (CTCR)⁵ et qui, dans un ouvrage récent, dégage de manière systématisée ce qui distingue les communautés thérapeutiques des autres traitements ou communautés : l'usage de la communauté comme *méthode* pour changer l'individu. Le but principal est de soutenir la pleine participation de l'individu à la communauté afin qu'il puisse réaliser ses objectifs sociaux et psychologiques liés aux changements de mode de vie ou d'identité. Dans cette approche les interactions continues entre l'individu et le groupe sont considérées comme un processus de traitement. Le résidentiel comme méthode signifie apprendre aux individus à utiliser le contexte de la vie communautaire pour apprendre au sujet d'eux-mêmes. Le contexte de la vie communautaire est conçu pour produire des changements thérapeutiques et éducatifs chez les résidents ; et tous les résidents sont les médiateurs de ces changements.

La *méthode* est organisée en sept éléments décrit ci-dessous :

1. **Rôles et fonctions du personnel** : les compétences professionnelles définissent les fonctions, mais quelque soit sa formation de base, le personnel a un rôle général identique: au lieu d'être des soignants, les collaborateurs sont des « facilitateurs », des autorités rationnelles et des guides dans les méthodes communautaires. Le personnel est la source première de soutien favorisant changement individuel
2. **Les pairs comme modèle de rôle** : les membres qui manifestent les comportements attendus et les valeurs enseignées sont considérés comme des modèles. On attend de tous les membres de la communautés qu'ils soient des modèles de rôle. Il y a un effet de multiplicateur pour assurer les effets sociaux des apprentissages. Chaque résident a également la responsabilité de fournir des feedbacks et des observations authentique aux autres personnes de la communauté thérapeutique.
3. Les résidents ne sont pas des spectateurs. Au contraire, **leur implication** est largement mise à contribution dans un processus et des activités qui sont autant d'éléments qui favorisent les apprentissages (rôles sociaux, etc). La thérapie privilégie les efforts qui mettent en action les ressources propres des personnes dépendantes afin qu'elles puissent atteindre d'elles-mêmes les objectifs visés.
4. **Les étapes, les phases** : le protocole de thérapie ou le plan thérapeutique et les activités éducatives sont organisées en phase pour refléter une vue incrémentale du développement et processus de changement.

³ Op. cit, chap. 4.2, Berne, 2003

⁴ Op.cit, chp. 5.2., berne, 2003

⁵ George De Leon, *The Therapeutic Community, Theory, Model, and Method*, Springer Publishing Company, New-York, 2000, pp 92-93.

5. **Entretiens individuels et de groupe** : les buts minimaux sont d'augmenter la conscience des attitudes spécifiques et des modèles de comportements qui devraient être modifiés. Ces groupes doivent être adaptés en fonction de la clientèle. **Une communication ouverte** qui permet de partager des expériences vécues avec le groupe est un des outils de ce traitement (gestion des émotions de manière constructive, etc).
6. **Durée de thérapie planifiée** : La durée optimale de thérapie doit être en adéquation avec les buts thérapeutiques de l'institution et ses concepts en lien avec le processus de changement. Ce point est très important et distingue la thérapie résidentielle des traitements de maintenance à la méthadone (MMT), qui ont certes des plans thérapeutiques, mais n'ont en principe pas une fin de traitement planifiée dès le début.⁶
7. **Continuité de la prise en charge l'accomplissement de la post-cure est une étape dans le processus thérapeutique**. Les services qui suivent le séjour sont une composante importante du modèle des communautés thérapeutiques. Qu'il soit intégré ou non dans le cadre de la thérapie, de manière résidentielle, semi-résidentiel ou ambulatoire, la continuité avec la prise en charge entreprise en communauté thérapeutique doit être assurée.

2. Intégration des traitements de substitution à la méthadone dans ce modèle : facteurs historiques et conditions

2.1. Facteurs de changement

Jusqu'à récemment, les thérapies résidentielles et les MMT (*Methadone Maintenance Treatment*) ont été considérés comme des approches antithétiques dans le traitement des abus de substances.

Le MMT est ancré dans un modèle médical dans lequel l'abus de substance est défini un trouble biologique chronique où un traitement pharmacologique est nécessaire. Dans l'approche pharmacologique, la méthadone est un ingrédient actif du traitement liés à la réduction de la consommation d'héroïne à travers une série d'événements physiologiques réduisant le « *craving* » (l'appétence) et la recherche d'opiacés.

Selon à quel médecin on pose la question, on aura des réponses un peu différentes quant au rôle de la méthadone. Pour certains c'est un traitement en soi (notamment parce qu'elle permet une stabilisation psychique) et pour d'autres c'est avant tout un élément qui permet de « gagner du temps » pour démarrer un traitement thérapeutique et/ou psycho-social. Je crois cependant qu'il y a un large consensus et des procédures très claires en Suisse autour des objectifs et des pratiques actuellement.

Les résultats de l'utilisation de la méthadone sont très positifs, notamment en terme de réduction des risques ou la diminution de la délinquance⁷. Toutefois des études ont malgré tout mis en évidence des limites pour des patients, qui continuaient à consommer d'autres substances non prescrites durant le traitement méthadone, continuaient à manifester des comportements à risques et des troubles d'ordre psychiatrique (pouvant « diminuer la

⁶ Voir: Rapport d'évaluation „*Appropriateness of Methadone Maintenance Treatment for Opiate Addiction*“, J-P. Väder, R. Hämmig, J. Besson, C. Eastus, C. Eggenberger, B. Burnand, Lausanne, 2001.

⁷ Voir : *Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes*, M. Killias, M. F. Aebi, D. Ribeaud, J. Rabasa, Institut de police scientifique et de criminologie, Lausanne, 2002

réponse au traitement de substitution »⁸). Un simple exemple : la majorité des personnes qui fréquentent les locaux d'injection ont un traitement de méthadone.

Certains traitements méthadone ambulatoires ont fait le constat que, pour une partie de leur patients, de nouvelles stratégies de traitement -et de fin de traitement- devaient être prises en compte pour atteindre les objectifs de réintégration ou de réintégration sociale⁹. Ce constat est valable autant en Suisse que dans les autres pays européens.

Par exemple pour les clients/-es qui sont motivés tout en manifestant un pauvre fonctionnement psychologique et des lacunes dans les domaines du groupe primaire de socialisation (notamment difficultés à assumer les tâches de la vie quotidienne), de la formation, du travail ou encore de la gestion des loisirs. En effet, bon nombre de patients expriment aujourd'hui le vœux, après plusieurs années de traitement à la méthadone, de combler certaines lacunes et accéder à une meilleure intégration sociale (travail, logement, loisirs, formation, etc). Concernant la fin du traitement méthadone, la communauté thérapeutique offre dans ces conditions également une possibilité intéressante de « sevrage lent ».

Du côté des thérapies résidentielles, la nécessité d'une adaptation s'est faite ressentir et un bon nombre d'institutions ont aujourd'hui intégré des personnes ayant un traitement méthadone dans leur programme. On peut relever trois facteurs principaux qui ont entraîné cette adaptation:

- Facteur « hospitalier » : alors qu'il y avait des listes d'attente importantes auparavant, dès la fin des années 1990-début 2000 surviennent des problèmes liés au taux d'occupation et aux lits qui restent inoccupés. Le traitement à la méthadone est devenu le traitement de premier ordre et par conséquent les clients/-es qui n'ont « qu'une » consommation d'héroïne se sont raréfiés.
- Facteur « évolution de la demande » : certaines communautés thérapeutiques optent alors pour une spécialisation et une ouverture à de nouveaux résidents avec les mêmes arguments professionnels que les services dispensant les traitements méthadone de manière ambulatoire (favoriser l'accès, meilleure rétention dans le traitement, stabilisation psychique,...)

2.2. Conditions

L'intégration des traitements méthadone dans les communautés thérapeutiques constitue une adaptation de celles-ci en combinant un modèle de traitement ambulatoire dans leur propre modèle. Comme on l'a vu ci-dessus, l'abstinence n'est pas un objectif visés par la thérapie résidentielle. En soi, il ne s'agit pas de devoir intégrer un nouveau groupe cible à proprement parlé. Selon l'acception actuelle, et qui sont corroborés dans les documents FiDé, un « groupe cible » est constitué de « *toxicomanes des deux sexes ayant besoin de conseil, de soins et de thérapie formant un groupe hétérogène exigeant un enregistrement spécifique lors de l'admission* »¹⁰. Forment des groupes-cible spécifiques les clients/-es ayant par exemple : des problèmes somatiques, des problèmes psychiques, faisant partie d'un système familial bi-générationnel (mère/père et enfant(s)), migrants, etc. Les clients/-es qui suivent un traitement à la méthadone ne se différencient en rien de la clientèle « standard » ou « normée » (= polytoxicomane, longue consommation de drogues, santé psychique déficiente, démêlées avec la justice, formation incomplète, endettement, désocialisation).

Avec d'autres mots, dans une rubrique intitulée « Connaissance actuelles : les bases du traitement », le Dr. Porchet insiste sur cet élément :« *Nous savons que les phénomènes liés*

⁸ Sophie Arnaud, Frank Zobel, « *Bilan des projets MedRoTox et MiTiTox* », Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, mars 2002, p. 20.

⁹ ndl : utilisée de manière synonyme dans ce document.

¹⁰ Op. cit, chap. 6, Berne, 2003.

à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas par les produits utilisés, mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme »¹¹.

Les personnes ayant un traitement de substitution est une population hétérogène, qui peut manifester plusieurs types de problèmes et donc appartenir à plusieurs groupes cibles différents. Ces clients/-es ne nécessitent pas une orientation spécifique vers telle ou telle institution uniquement sur la base de besoins liés à leur traitement de substitution mais bien à leur problématique et ressources personnelles.

S'il fallait encore fournir des éléments formels prouvant la légitimité et le bien-fondé des institutions à intégrer la méthadone, on peut, outre la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup, resp. l'OStup) et les différentes directives cantonales, prendre par exemple les recommandations du médecin cantonal de la République du Jura qui indiquent que *« l'utilisation de la prescription de stupéfiant peut se faire : dans le cadre de la réduction des risques, de traitements visant à une meilleure gestion de la consommation, de traitements visant l'abstinence. »¹²* Dr. Baierlé m'a indiqué, non sans une certaine satisfaction d'ailleurs, que dans une démarche similaire *« les hôpitaux de soins généraux acceptaient des patients pour des sevrages partiels d'une ou plusieurs substances, et que la méthadone pouvait y être poursuivie, voire même introduite, sans que cela pose de difficultés particulières. »* La méthadone permet aux clients/-es avec méthadone de bénéficier des prestations des thérapies résidentielles sans devoir faire un sevrage, qui pourrait les déstabiliser. Mais qu'on se comprenne bien, il ne s'agit pas non plus de n'avoir que des institutions avec des clients/-es é la méthadone.

La question est plutôt de savoir comment se combinent les principes de la « thérapie résidentielle » avec un modèle de dispensation d'un traitement comme celui de la méthadone. Si cela est vite posé, la réalité se montre assez complexe. Bien que le modèle thérapeutique ne doive pas être remis en question, certaines conditions et modifications doivent tout de même être mises en place pour permettre cette adaptation. La question essentielle est la suivante : comment ajouter favorablement un élément pharmacologique dans le programme de thérapie résidentielle ?

2.2.1. Eléments clés devant être adaptés pour l'intégration de personnes ayant un traitement de substitution à la méthadone

Pour que la méthadone ne soit pas uniquement un nouveau « ticket d'entrée » permettant de « gagner » des clients/-es, mais soit intégrée de manière cohérente et professionnelle dans la thérapie, les expériences faites autant dans l'ambulatorio que le résidentiel ont mis en évidence que certaines conditions devaient être réunies.

Concept et personnel appropriés : il est indispensable que le concept de l'institution soit retravaillé de manière à permettre aux différents collaborateurs/-trices et aux instances de direction (Comité ou Conseil de Fondation compris), de soutenir ces adaptations et de les mener jusqu'à leur terme. Il faut du personnel approprié pour s'occuper des populations diverses abusant des substances. Une adaptation efficace du modèle et des méthodes de la thérapie résidentielle pour des nouvelles populations nécessite que tout le personnel, indépendamment de la formation ou de l'orientation thérapeutique, soit engagé et s'implique personnellement dans ces modifications du modèle et dans l'application des méthodes de la thérapie résidentielle.

Formation interdisciplinaire : entre les professionnels qui ont beaucoup d'expérience avec les méthodes de la thérapie résidentielle, ceux qui n'en ont pas ou peu ou les autres professionnels qui ont d'autres formations (médicales, soins, psychologues,...). Les services ambulatoires qui prescrivent depuis de nombreuses années de la méthadone ont joué un rôle actif dans l'introduction de la méthadone notamment à travers des journées d'information destinées au personnel et des présences régulières destinées aux les clients/-es résidants dans les communautés thérapeutiques (dans certains cas 1x/semaine).

¹¹ Dr. P-A. Porchet, Directeur Drop-In de Neuchâtel, <http://www.drop-in.ch/connaissances.html>

¹² Dr J-L. Baierlé, "Instructions concernant la prescription de stupéfiants destinés au traitement de personnes dépendantes", Médecin cantonal, Delémont, 20 décembre 2000.

Il faut un développement de compétences et de connaissances dans :

- Concept général d'utilisation de la méthadone comme support thérapeutique
- Point de vue médical du concept de la méthadone
- Gestion concrète de la méthadone: transport, stockage, distribution, etc.
- Politiques et procédures liées à la méthadone (cadre légal, recommandations des médecins cantonaux, etc)
- Connaissances permettant une individualisation plus fine de l'accompagnement des clients/-es :
 1. Différents modes de consommation
 2. Différents modes de vie
 3. Indication et degré de motivation à l'entrée du programme thérapeutique
 4. Différenciation individuelle quant à la vitesse dans le processus de changement
 5. Méthodes d'entretien différenciée selon les étapes

Un directeur d'institution me disait récemment quelque chose de plutôt frappant. Il disait qu'après avoir introduit la méthadone depuis quelques mois, il pouvait « *en relever en tout cas un mérite : avoir permis les contacts avec l'ambulance.* » (!) « *Toute l'équipe de l'institution fait aujourd'hui le constat qu'on ne peut pas être bon tout seul.* » rajoutait-il encore.

Mise en place d'un système de distribution et un suivi médical systématisé : un directeur d'institution m'a informé que son personnel avait compris que la méthadone faisait partie d'un traitement et que celui-ci « *faisait partie de l'intimité du client* ». Par conséquent, il a mis en place un *setting* professionnel pour la distribution des médicaments, méthadone comprise. Il ne faut pas oublier que, et il n'y a pas si longtemps de cela, des médicaments étaient distribués dans la salle de séjour ou dans d'autres locaux communs de l'institution (c'était le cas notamment avec une clientèle dépendante à l'alcool). Les relations avec le/la médecin doivent être très bien réglées : comment se déroule les changements de dosage de méthadone, perte des doses, qui dit quoi au client, quand et comment parle-t-on des questions liées à son traitement, comment est organisé le transport des médicaments si le client va un médecin externe, etc. De manière générale, plus le modèle intègre les partenaires médicaux et plus les expériences s'avèrent positives.

L'étude faite par H. Herrmann pour la Conférence nationale sur les traitements de substitution NaSuKo 2001 indique que « *Seul un bon tiers des institutions de thérapies résidentielles qui ont répondu au questionnaire n'a pas sa propre offre médicale. Les deux autres tiers des institutions ont ou bien un contrat avec un médecin-consulte externe (52%) ou bien ont leur propre poste de médecin interne (environ 11%).* »¹³

Abstinence : le sevrage de la méthadone n'est pas essentiel, bien que certains clients/-es puissent choisir, de manière volontaire, d'effectuer un sevrage à un certain moment du programme. Cette décision est à examiner avec le médecin qui prescrit la méthadone. Selon le Dr. Déglon, « *il faut réserver en priorité le sevrage du médicament de substitution aux sujets motivés, bien intégrés socialement, qui présentent une faible psychopathologie, une personnalité bien structurée et des antécédents de toxicomanie mineurs (...)* Avant de procéder au sevrage du médicament de substitution, il convient d'attendre que les intéressés se soient bien stabilisés sur le plan psychosocial et qu'ils aient perdu les réflexes conditionnés toxicomaniaques, ce qui peut prendre des mois, voire des années.»¹⁴

Plusieurs institutions ont élaboré un discours et une attitude claire, dont une formulation est la suivante : « *Nous proposons à nos résident-e-s d'expérimenter l'abstinence à toutes les substances psycho-actives non prescrites.* » Cela sous-entend une thématisation de

¹³ H. Herrmann, *Die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000)*, NaSuKo 2001, Büro für sozioökonomische Studien & Projekte, Basel, 2001

http://www.hannes.ch/methadonbericht_ges.pdf

¹⁴ Dr Jean-Jacques Déglon, « Peut-on envisager d'arrêter son médicament de substitution ? », Fondation Phénix, <http://www.phenix.ch/doc/degлон-11.htm>, Genève, 2003.

consommation des drogues illégales, mais aussi des médicaments et de l'alcool. La plupart des institutions ont intégrés, depuis plusieurs années déjà, les personnes toxico-dépendantes qui ont une prescription de médicaments comme les anti-dépresseurs, neuroleptiques, mais aussi des benzodiazépines. La méthadone a toutefois provoqué à la fois plus de résistances et plus d'espérances, non seulement des services placeurs, mais aussi au sein des équipes de communautés thérapeutiques. D'un côté, les professionnels craignent d'avoir des clients qui « piquent du nez » et ne peuvent pas suivre le programme, ou des personnes qui ont un profil psychiatrique trop sévère (borderline avec un comportement anti-social par exemple). Ils souhaitent, à juste titre, accueillir des gens ayant déjà atteint une certaine stabilité dans le dosage de méthadone et ayant une certaine capacité de socialisation. Par ailleurs, la méthadone a parfois été investie de trop d'espérances de la part des professionnels, qui ont pensé que les consommations non prescrites diminueraient, voir disparaîtraient grâce à la méthadone. La méthadone ne doit donc être ni dramatisée, ni sur-investie de fausses espérances.

Certaines institutions ont en leur sein des équipes encore divisées sur la question de la méthadone et sont en pleine évolution actuellement. Et si cette évolution prend du temps auprès des professionnels, elle en prend aussi de la part des clients/-es. L'attitude de l'équipe thérapeutique est donc déterminante. Si l'« ouverture à la méthadone » se fait à contre-cœur et que la culture d'une stricte abstinence perdure, l'intégration de la méthadone sera difficile et parfois contre-productive pour les clients/-es qui seront pris en otage dans une double logique : « on accepte votre méthadone, mais nous ne voulons uniquement l'abstinence pour vous. » La tradition de l'institution, qui, parfois a appliqué pendant trente ans un modèle d'abstinence pur et dur, pèse lourdement sur le processus d'intégration, pas tant formelle qu'effective des personnes ayant un traitement méthadone.

Sanctions : les règles de base doivent être les mêmes pour tous les résidents (pas de violence, pas de produit non prescrit, etc). Les éventuelles sanctions ne doivent pas porter sur le traitement méthadone, mais peut consister en une exclusion générale du programme. Et si le client devait arrêter de lui-même son traitement méthadone, alors cela pourrait remettre en question son maintien dans l'institution.

2.2.2. En résumé : fidélité au modèle et adaptations professionnelles dans le cadre de ce modèle

Un traitement à la méthadone peut très bien s'intégrer dans le modèle « thérapie résidentielle » à la condition que se développent un certain nombre de compétences supplémentaires, certaines adaptations du *setting*, ainsi qu'un changement de culture institutionnelle, notamment face à l'abstinence. Il n'est pas nécessaire de développer d'importantes nouvelles prestations, ce que nécessiteraient certains groupes cibles. Quant aux présumés problèmes de cohabitation entre clients avec/sans méthadone, cela dépend avant tout de la culture institutionnelle face à la méthadone. Dans l'expérience genevoise, par exemple, Drsse Broers met en évidence les aspects plutôt positifs d'avoir un groupe mixte, qui permet, selon ses propos, une bonne dynamique de groupe (à savoir de favoriser l'arrêt du produit tout en ne culpabilisant pas le fait d'avoir un traitement méthadone). Par contre, si on veut que les thérapies résidentielles puissent remplir leurs objectifs, il faut vraiment rester fidèle au modèle et à ses principes. Les remettre fondamentalement en question, par exemple, en intégrant des clients/-es pour des modules à la carte et de courte durée, s'avérerait contre-productifs et provoquerait inévitablement un accroissement des transferts et du nombre du séjour. A ce titre, la durée du séjour, par exemple, n'est pas compressible sans autre ou alors les objectifs doivent être clairement redéfinis. Cette méthode a prouvé son efficacité et la recherche (voir ISF/FOS par exemple) a très bien exploré les résultats des thérapies résidentielles à la sortie et après la sortie¹⁵.

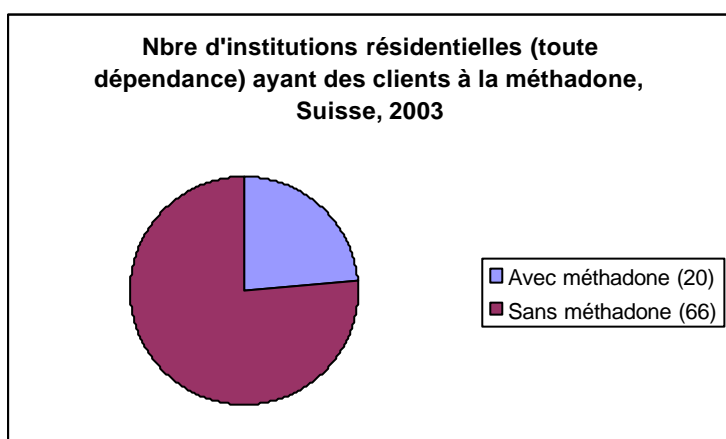
¹⁵ Voir différentes études de l'ISF basées sur les statistiques FOS et voir sur le site de COSTE : <http://www.coste.ch/de/publ/andere.htm> la présentation d'Ambros Uchtenhagen faite lors de colloque ISF le 2 juin 2003, Zürich : [Stellenwert der abstinenzorientierten / abstinenzgestützten Therapie heute](#)

3. Situation suisse

3.1. Nombre d'institutions avec méthadone

Il n'existe pas de donnée actuelle sur les traitements méthadone dans les institutions résidentielles recensées par les instituts de recherches (comme ISF/FOS ou Act'Info/Méthadone). La base de données de COSTE fournissent un certain nombre d'information, avec toutefois une réserve: il s'agit d'une auto-déclaration des institutions elles-mêmes, de surcroît pas entièrement à jour. L'étude faite par H. Herrmann pour la Conférence nationale sur les traitements de substitution NaSuKo 2001 fournit de précieuses informations, que nous allons mettre en regard des nôtres.

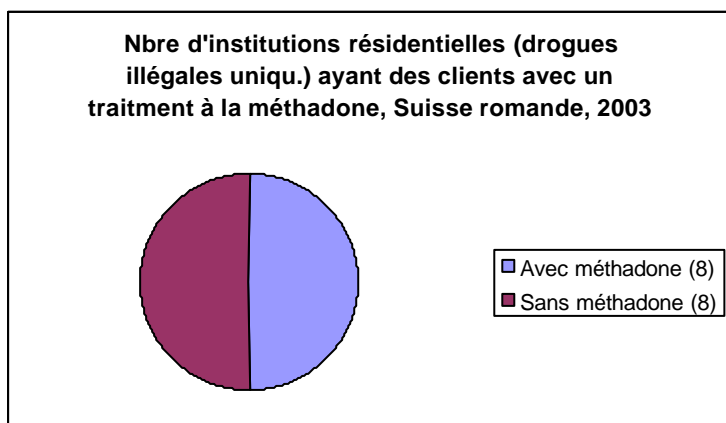
Selon notre base de données, 20 institutions sur 86 (institutions strictement résidentielles drogues illégales/alcool, localisées en Suisse, uniquement) prennent des clients/-es avec la méthadone, dont 11 en Suisse alémanique, 8 en Suisse romande et 1 au Tessin.



Source : COSTE, 2003, <http://www.coste.ch/fr/ther/basededonnees.htm>

Ceci représente près du quart des institutions. Sachant que certaines institutions ont intégré des clients/-es durant cette année et n'ont pas forcément mis à jour leurs chiffres sur notre base de données, on peut faire l'hypothèse que ce résultat est en-deçà de la réalité. La prochaine mise à jour systématique de notre base de données pourra confirmer ou infirmer ces chiffres.

En Suisse romande par exemple : 8 institutions résidentielles (alcool, drogues illégales et mixtes) sur 24 prennent des personnes avec la méthadone, ce qui représente le 30% des institutions. Et si l'on prend uniquement les institutions pour drogues illégales, cela représente 8 sur 16, donc le 50% des institutions romandes.



Source : COSTE, 2003, <http://www.coste.ch/fr/ther/basededonnees.htm>

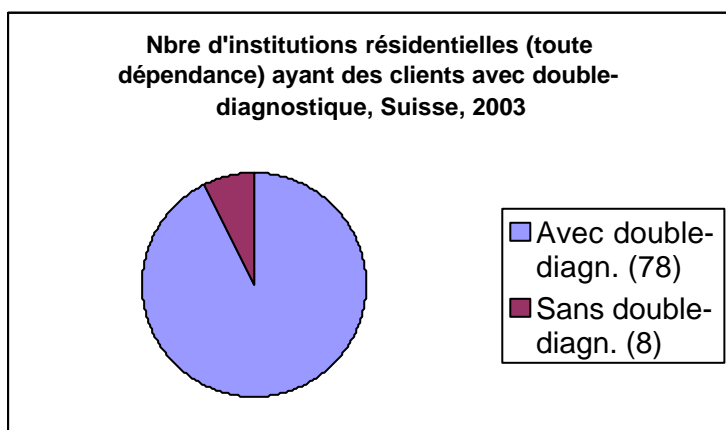
Par ailleurs deux institutions prennent aussi des usagers avec l'héroïne : les deux se situent en Suisse alémanique (Saurenhorn (BE) et Haus Gilgamesch (BS))

L'étude faite par H. Herrmann¹⁶ indique que 27 institutions de thérapie résidentielle ont des traitements méthadone, soient 412 clients, ce qui représente un bon 2% de tous les traitements méthadone recensés en Suisse. Ce chiffre représente aussi environ le 50% des places de thérapie résidentielles pour drogues illégales en Suisse, ce qui contraste un peu avec les chiffres suisses figurant ci-dessus. Il indique que pour plus du tiers des institutions, la part des clients/-es non abstinente est inférieure à 20%¹⁷. Quant à la cohabitation entre les personnes abstinentes et les personnes ayant un traitement de substitution, le rapport indique que trois quarts des institutions résidentielles ont une population mixte sous le même toit. Un quart des institutions ont mis en place une séparation architecturale entre les deux populations. Les deux tiers des institutions ne font pas de différence thérapeutique entre les deux groupes. Seul un tiers d'entre elles ont mis en place un *setting* différent. Les remarques les plus fréquentes ont trait à un assouplissement du traitement et sont ainsi répertoriées¹⁸:

- Formulation d'objectifs spécifiques en lien avec le thème méthadone
- Plus de temps de repos selon les besoins
- Moins ou pas d'exigences sur les problématiques personnelles dans les activités ; on peut moins exiger des personnes avec méthadone
- Les personnes avec un traitement de substitution dépendent avant tout du contrôle du médecin
- Les capacités de perception des personnes avec un traitement de substitution sont limitées et les problématiques personnelles ne peuvent évoluer aussi vite que chez les personnes abstinentes.

3.2. Nombre d'institutions avec des double-diagnostic

Selon notre base de données (auto-déclaration des institutions elles-mêmes), 78 institutions sur 86 (institutions résidentielles, toute dépendance confondue, localisées en Suisse) prennent des clients/-es avec double-diagnostic dont 57 en Suisse alémanique, 15 en Suisse romande et 6 au Tessin.



Source : COSTE, 2003, <http://www.coste.ch/fr/ther/basededonnees.htm>

Combien d'institutions résidentielles prennent à la fois la méthadone et les double-diagnostic : 15 institutions sur 86, dont 8 en Suisse alémanique, 6 en Suisse romande, 1 au Tessin.

¹⁶ Op. cit., p. 74

¹⁷ Op. cit., p. 79

¹⁸ Op. cit., p. 80

Dans l'état actuelles des connaissances, on ne peut pas dire si les clients/-es des thérapies résidentielles avec méthadone sont aussi des double diagnostiques ni s'il y a des personnes présentant un double-diagnostic bénéficiant ou non d'un traitement à la méthadone.

Il ressort très nettement qu'une immense majorité d'institutions acceptent les personnes avec double-diagnostic. Ces chiffres sont à prendre avec précaution et je peux imaginer que les institutions ont déclaré prendre des personnes présentant un double-diagnostic pour des raisons d'accessibilité étant donné que les recherches suisses indiquent que plus des 2/3 des toxicomanes ont des problèmes psychiatriques associés à leurs dépendances aux produits. Les institutions n'ont pas forcément développé de réelles prestations pour ces personnes et n'indiquent pas toujours le nombre de personnes qu'il acceptent et qui ont un double diagnostic (problématique plus lourde), alors qu'il s'agit bel et bien là d'un groupe cible en tant que tel. Il y a là une réflexion sérieuse à développer.

4. Développements futurs?

L'intégration des clients/-es ayant un traitement à la méthadone figure clairement parmi les développements à poursuivre et un équilibre entre les institutions sans et avec méthadone reste l'objectif. La question d'un développement des institutions ayant des groupes mixtes (avec et sans méthadone) ou entièrement spécialisé dans la clientèle avec méthadone restent à clarifier. Une réflexion doit être menée quant aux double-diagnostic. Selon la littérature, l'acceptation des problématiques lourdes, du type double-, respectivement multi-diagnostic doit en effet être graduelle et en nombre limitée en fonction du développement des compétences au sein de l'institution et des collaborations extérieures¹⁹. Les institutions résidentielles spécialisées dans ces problématiques sont encore très rares en Suisse aujourd'hui.

D'autres tendances sont à explorer : l'intégration des traitements de substitution à l'héroïne?

Substitution à l'héroïne

Les consommateurs d'héroïne (et pour certains de cocaïne) présentent un profil similaire aux clients/-es avec méthadone et devraient d'ores et déjà faire partie d'une large réflexion au sein des thérapies résidentielles pour pouvoir intégrer certains clients ayant des traitements de substitution à l'héroïne. Dans l'état actuel des recherches et des considérations objectives sur la substitution à la méthadone, il n'y a aucune raison d'écarter l'héroïne de ces réflexions. Deux centres de thérapie résidentielle spécialisés en ont déjà l'expérience déjà Saurehorn, (BE), Gilgamesh, (BS)).

Comportements à risque

La prise en charge liée aux questions de SIDA et d'hépatites doit être améliorée, notamment par une systématisation du suivi médical, des protocoles de collaboration entre institutions résidentielles et services ambulatoire et développement de compétences et de prestations par les institutions.

Nouveaux groupes cibles: migrants et systèmes bi-générationnel

Autre lacune actuelle : systèmes bi-générationnel (père et/ou mères toxico-dépendant avec enfant(s) et les offres spécifiques pour les migrants²⁰.

Processus d'indication et « Patient Treatment Matching »

Le point ci-avant ne peut être séparé de celui du diagnostic et de l'indication avant l'entrée : Les études actuelles démontrent que l'efficacité du traitement dépend largement du

¹⁹ Voir par exemple la rubrique Publication, Autres auteurs sur le site COSTE : Transparents de l'exposé présenté lors de la *European Conference on rehabilitation and Drug Policy* à Venise en mai 2003 par Johanna Martens, Ph.D., Directrice de la Communauté thérapeutique « De Spiegel », Belgique.

Titre de sa présentation:

[Problèmes psychiatriques dans nos communautés thérapeutiques «normales» pour personnes toxicomanes](#)

²⁰ Voir en particulier : la stratégie Migration et santé – Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006, OFSP, Berne, 2003

matching du client et du *setting* de l'institution et des prestations de traitement (concernant la durée du traitement par exemple). Des stratégies de *matching* sont donc à développer et auront, assurément, comme effet positif des adaptations plus rapides des institutions et de leurs prestations grâce à une connaissance en temps réel et formalisée des besoins des clients. On ne peut exclure non plus que cela conduise vers le développement d'autres collaborations entre l'ambulatoire et le résidentiel où un client en traitement ambulatoire (médical et social) ira chercher certaines prestations dans le résidentiel (dans les domaines travail, loisirs, formation par exemple) notamment pour les fins de traitements.

Durée de séjour versus objectifs thérapeutiques : la question des lieux de vie

Alors que les trois quart des institutions ont des durées de séjour moyennes inférieures à douze mois, certaines institutions ont choisi de prendre des clients pour des séjours moyens de plus de deux ans. Certaines institutions ont même une moyenne de quatre à cinq ans . Bien que cela soit justifié par l'évolution des « carrières » des personnes toxico-dépendantes, qui n'ont pas ou plus les capacités d'atteindre les objectifs d'une réinsertion visée par une thérapie, il faut toutefois reposer clairement la question des objectifs visés.

Recherche

Le manque criant de chiffres sur les traitements actuels au sein des thérapies résidentielles démontre qu'il faut impérativement développer des études pour la clientèle avec et sans méthadone et harmoniser ces recherches avec les recherches médicales. L'introduction de la méthadone dans les institutions résidentielles devraient susciter un intérêt du côté de la recherche (aussi sociométrique).