

Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : au carrefour des représentations et des pratiques

Rapport de la journée du 18 novembre 2003 à Bulle





Organisation

Association LE RADEAU, Centre d'accueil, Case postale 7, 1694 Orsonnens

Avec la collaboration

Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue COSTE

Editeur

KOSTE/COSTE, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Berne 14, office@koste-coste.ch

Rédaction

Nicolas Dietrich

Marianne König

Mise en page

Roberto da Pozzo

Version Internet

www.leradeau.ch

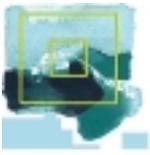
www.coste.ch

© KOSTE / COSTE 2004

Adresse de commande

KOSTE/COSTE, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Berne 14, office@koste-coste.ch

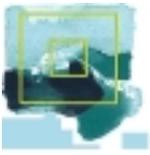




Salutations de bienvenue	5
M. Armand Bloch, Président de l'Association Le Radeau	
Introduction	7
M. Philippe Wüst, directeur Le Radeau, Orsonnens FR	
Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?	9
M. Prof. Marc-Henry Soulet, Chaire de Travail social et politiques sociales, Université de Fribourg	
Traitements résidentiels et de substitution : objectifs, spécificités, compatibilité	15
M. Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Institut de recherche sur les addictions, Zurich	
La méthadone dans le modèle de la « thérapie résidentielle » : situation suisse	23
M. Nicolas Dietrich, collaborateur scientifique COSTE, Berne	
Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : de l'abstinence au traitement par la méthadone.... Qu'est-ce qui a changé au Radeau?	35
M. Philippe Wüst, directeur Le Radeau, Orsonnens FR	
Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : expérience du Levant	39
M. Philippe Beytrison, psychologue, M. Laurent Roessli, psychologue, Fondation du Levant, Lausanne	
Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : expérience genevoise, premiers résultats	45
M. Hervé Durnat, directeur, M. Pierre Mancino, éducateur, M. Yves Monnier, éducateur, CRMT, Genève	
Indications à un traitement conjoint, médical et psychosocial des toxicomanes	61
M. Dr Jean-Jacques Déglon, Fondation Phénix, Genève	
Le regard politique sur la thématique de la journée	71
Mme Ruth Lüthi, Conseillère d'Etat, Directrice de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg	
Articles de presse	74







M. Armand Bloch

Président de l'Association Le Radeau

Je suis heureux de vous accueillir ici à Bulle, dans le chef-lieu de la Gruyère, pour ce colloque consacré à la prise en charge des personnes en traitement par la méthadone en milieu résidentiel, intitulé « Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : au carrefour des représentations et des pratiques ».

Je vous souhaite la plus cordiale bienvenue à cette journée de travail que nous vous avons proposée et à laquelle vous avez répondu nombreux, en provenance d'un peu partout de la Suisse romande, ce qui nous réjouit et nous laisse augurer d'un échange de points de vue fructueux sur ce thème.

Je salue avec plaisir la présence de représentants des corps de l'Etat concernés, de médecins, de directeurs d'institution, de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de maîtres sociaux professionnels, soit de participants vivement intéressés par le sujet. Celle en particulier de Madame la Conseillère nationale, Madame Anne-Catherine Ménétrety-Savary, et en fin de journée celle de la Conseillère d'Etat, Directrice de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg, Madame Ruth Lüthi, qui nous adressera quelques mots, nous honorent et donnent, avec les précédentes, une justification à la mise sur pied du présent colloque.

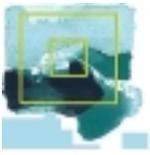
Je suis surtout très content de pouvoir débattre aujourd'hui d'autre chose que du financement des institutions, objet douloureux qui n'a cessé depuis 1996 et qui ne cessera encore jusqu'à sa solution définitive de requérir de celles-ci le déploiement d'une énergie considérable qu'elles devraient pouvoir consacrer précisément à cet autre chose. Avant que je ne cède la gestion de cette journée aux deux animateurs principaux que seront M. Philippe Wüst, Directeur du Radeau, et Mme Claire Roelli, membre de son comité, je voudrais vous rappeler que le Radeau a été créé il y a un peu plus de vingt ans par l'association du même nom que je préside, qui l'a installé, non pas en Gruyère, mais dans la Glâne à Orsonnens. Il fait partie des institutions de prise en charge résidentielle dans le domaine de la toxicodépendance reconnues par le canton de Fribourg et par la Confédération. Jusqu'au milieu de l'année 2000, le Radeau n'accueillait que des personnes qui acceptaient un sevrage préalable de toute substance. Depuis lors, pour des raisons qui vous seront exposées, il a étendu son action thérapeutique à celles qui suivent un traitement à la méthadone. Par là, il est à l'origine, avec d'autres, d'une véritable révolution de la pratique courante et communément comprise à la fois par les acteurs eux-mêmes et par le public. Forts d'une expérience de maintenant trois ans et demi, nous avons donc voulu faire le point, confronter les idées, répondre à des interrogations qui nous paraissent tout à fait légitimes. Nous avons choisi pour ce faire la forme d'un colloque, forme qui nous est apparue comme la plus propice à une telle démarche, faisant appel à des spécialistes du domaine et assurant un échange structuré.

A cet égard, il m'incombe de souligner la qualité de ces intervenants professionnels qui s'exprimeront ce matin et cet après-midi, lesquels, oeuvrant soit dans la recherche soit dans la pratique, ont immédiatement accepté avec enthousiasme de partager leurs compétences. Nous devons enfin beaucoup dans cette opération à la collaboration très active et efficace de la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles, COSTE à Berne, sans laquelle ce colloque n'eût pas été possible. Qu'ils en soient tous ici vivement remerciés.

Ainsi, sans plus tarder et après ces quelques mots introductifs, je cède la gestion du déroulement de cette journée de travail aux deux animateurs principaux, que seront M. Philippe Wüst, directeur du Radeau, et à Madame Claire Roelli, membre de son comité. Je vous remercie et vous souhaite une excellente journée en notre compagnie.







M. Philippe Wüst

Directeur Le Radeau, Orsonnens FR

Mesdames et Messieurs, chers collègues, chers amis

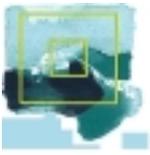
Il y a un peu plus de quatre mois, Claire Roelli m'a proposé d'organiser ce colloque. J'ai tout de suite dit oui, pour autant qu'elle m'appuie dans cette démarche, et je profite ici de lui adresser toute ma reconnaissance pour le temps qu'elle m'a consacré et qu'elle a consacré afin d'organiser cette rencontre. Je remercie également Nicolas Dietrich pour son appui et la mise à disposition de ses compétences.

Pourquoi j'ai dit oui? Tout d'abord parce qu'il me semblait que le travail qui est fait dans les institutions résidentielles est mal connu et, en ce qui concerne le Radeau en particulier, je crois encore d'autant plus depuis que nous avons élargi notre programme à des personnes en traitement par la méthadone. J'ai, à plusieurs occasions, remarqué un ton plus qu'interrogateur, peut-être même sceptique, lorsque je parlais de cette population. Certains ne comprenaient vraiment pas comment on pouvait faire le même travail avec des personnes abstinentes et des personnes en traitement par la méthadone. D'autres encore pensaient que, comme la méthadone les libérait de la consommation abusive de drogues illégales, ils ne voyaient vraiment pas à quoi pouvait bien servir les prises en charge résidentielles. Mesdames et Messieurs, je crois qu'une des choses primordiales lorsqu'on travaille avec des personnes toxicodépendantes, c'est la clarté des messages que nous leur renvoyons, pas seulement au sein du lieu d'accueil, mais également au sein de la collaboration dans le réseau. Il est vrai qu'après avoir œuvré exclusivement et ce, pendant de nombreuses années, auprès de personnes sevrées de toute substance et, tout d'un coup, accueillir également des personnes en traitement par la méthadone, a de quoi créer de la confusion. Une des sources provient du fait que le processus de réinsertion sociale et professionnelle ne soit pas vu comme indépendant de l'abstinence ou d'un traitement de substitution. C'est pourquoi, il nous a semblé important de nous arrêter un instant, de prendre un peu de distance et de partager avec vous nos expériences.

Mesdames et Messieurs, je vous remercie de vous être déplacés aujourd'hui jusqu'à Bulle et je cède maintenant la parole à Claire Roelli pour le programme de la journée.







M. Prof. Marc-Henry Soulet

Chaire de Travail social et politiques sociales, Université de Fribourg

Fallait-il changer ? Jusqu'où le choix de changer de registre d'action était-il judicieux ? Jusqu'où était-il contre-productif ? Jusqu'où abandonner l'intégrisme de l'abstinence était-il opportun ? Jusqu'où faut-il favoriser une mixité des populations mais aussi des objectifs ? Jusqu'où, pour reprendre une formulation de l'invitation à ce colloque "une thérapie en milieu résidentiel est-elle compatible avec un traitement par la méthadone" ? Jusqu'où, enfin, cette décision est-elle imputable à un contexte en mutation ? Jusqu'où la réponse donnée est-elle une manière de faire face à de nouveaux enjeux, qu'ils soient de nature politique, économique ou sociale ?

Une première réponse semble s'imposer, triviale et pour tout dire un peu brutale : il n'y avait pas le choix. La pression budgétaire a fait de cette option une œuvre de salut institutionnel.

Une deuxième réponse, qui a bien entendu ma préférence, est plus complexe. Pour comprendre le problème posé au Radeau, et plus largement aux institutions résidentielles, il faut élargir le spectre de la réflexion, non en posant de façon générale la question du "Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?", titre que les organisateurs m'ont proposé pour cette conférence, mais en tentant de resituer, de façon structurelle, cette question du "Que faire ?" dans ce qui caractérise fondamentalement le travail social, à savoir qu'il est structurellement marqué du sceau de l'incertitude quant à la nature et à la légitimité des actions qu'il développe. Et, s'il existe bien des phénomènes de niches à certaines périodes qui annulent la force d'incertitude d'un tel cadre d'action, il faut aussi prendre en considération l'existence de formes d'exacerbation des traits caractéristiques de ce dernier, ce qui advient actuellement et que je voudrais essayer d'explicitier pour répondre à la question qui m'a été posée.

Mais, auparavant, dans la mesure où la nature et la forme des actions sont dépendantes du cadre d'action dans lequel elles se développent, il importe d'explicitier l'idée-même de cadre d'action. Schématiquement, il est possible de distinguer trois cadres typiques caractérisant des rapports à l'avenir et des rapports aux institutions imprimant des types d'agir différents. Le tableau ci-contre reprend cette typologie afin de mieux spécifier les particularités de celui dans lequel se déploie le travail social.

Les cadres typiques d'action

	Stabilité structurelle (p.e. bureaucratie)	Stabilité instable (p.e. marché)	Instabilité structurelle (p.e. travail social)
Rapport à l'avenir	Certitude que tout est stable	Incertitude relative	Certitude que tout est incertain
Rapport aux institutions	Fiance	Confiance	Méfiance
Conditions formelles de l'action	Agir suppose de suivre la certitude	Agir suppose de jouer avec le risque pour tenter de le contrôler	Agir suppose de réduire l'incertitude
Nature de l'agir	Agir conforme	Agir stratégique	Agir poïétique

Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?





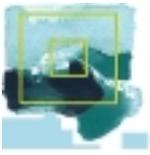
Tentons d'expliciter les propriétés du troisième cadre d'action, puisque c'est lui qui nous préoccupe ici, celui qui est défini par l'incertitude structurelle. Quatre caractéristiques essentielles le spécifient.

1. *Un déficit de régulation.* Un tel un contexte est marqué par une faible prégnance des normes d'action. Ni les règles du jeu ne sont claires, ni les normes sociales cohérentes. Ni les unes ni les autres ne sont en fait explicites aux yeux des acteurs, parce qu'elles ne sont plus congruentes au contexte, parce qu'elles sont obsolètes, invalidées ou tout simplement étrangères, non communes, non partagées.
2. *Une impossibilité à projeter.* En l'absence de normes explicites et durables, tout est mouvant. Du point de vue de l'action, les individus qui sont inscrits dans ce contexte sont placés à la limite de l'"agissabilité" puisqu'il leur est difficile, pour ne pas dire impossible, de construire des projections, de développer des stratégies, de définir des buts précis et explicites à l'action.
3. *Une imprévisibilité des effets de l'action engagée.* Si les règles du jeu ne sont pas claires ou sont peu cohérentes, il devient difficile de prévoir les conséquences de son action et de l'action en retour d'autrui et de produire des enchaînements d'actions.
4. *Un problème d'appréciation de l'adéquation des ressources à la situation.* En l'absence de but clair et de normes régulières, il s'avère délicat de juger de la pertinence des ressources détenues, non pas tant en raison d'un déficit des ressources que de l'absence de repères pour juger de l'adéquation des ressources à mobiliser par rapport à une situation difficilement lisible.

Examinons maintenant quelles conséquences engendrent les particularités de ce cadre d'action. La conséquence la plus importante et la plus évidente réside dans la nature même du type d'action produit. Se dégage en effet un registre d'action orienté ni par les intérêts, ni par les normes, mais par l'action. Parler d'une action orientée par l'action revient à mobiliser une lecture de l'action en tant que *poësis* et à mettre en avant la désignation du faire comme production de l'action. Cet agir "poïétique" se révèle être créateur des possibilités de l'action, de sa finalisation comme de sa légitimation. Cet "agir poïétique", caractérisant une forme d'action instituante d'action, un brouillon d'action en même temps qu'un moment de recomposition de l'action, peut être caractérisé par plusieurs propriétés formelles.

1. *Une construction simultanée des buts et des ressources en cours d'action.* D'une part, dans ce type d'agir, l'action est rarement dirigée vers une fin pré-établie. La fin ne précède pas l'action, au contraire même, elle est une production de l'action en même temps qu'une condition de celle-ci. En ce sens, l'action est la modalité de définition du but de l'action. Agir est un moyen d'atteindre un but en même temps qu'une opération de construction d'un but, i.e. il s'agit donc d'un agir pré-stratégique différent du calcul de l'acteur rationnel doté d'un ensemble cohérent de préférences et d'un état connu de contraintes. D'autre part, si cet agir se caractérise par une absence de ressources instantanément au cours de l'action en raison de la difficulté d'apprécier leur pertinence ou leur adéquation au contexte, cela signifie en conséquence que les ressources, elles aussi, sont élaborées en cours d'action, que les moyens sont construits chemin faisant.
2. *Une fondation des formes et des principes de légitimation en cours d'action.* La conformité et la reconnaissance du bien-fondé de l'action ne renvoient pas à un contenu imposé d'en haut ou référé à une entité surplombante comme la loi ou la tradition. La verticalité de la légitimité cède en effet le pas à des accords localisés nés des interactions concrètes entre les individus et les institutions dont la validité repose sur des formes relatives de transcendance auxquelles les actants renvoient de manière provisoire et circonstanciée selon la nature des accords en jeu. Cette négociation valorielle est toutefois adossée à une forme de légitimité procédurale à tonalité démocratique (la consultation, les commissions, les méthodologies de

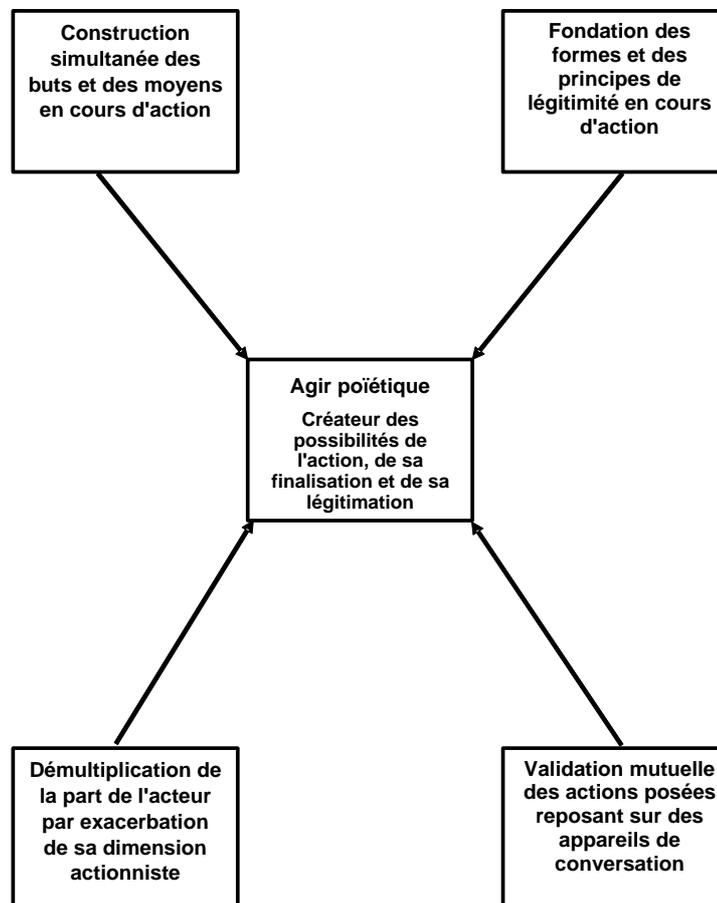




participation) garantissant la viabilité des accords obtenus. Il s'agit en quelque sorte de la production d'une légitimité circonstanciée de l'action, enracinée dans le singulier et en même temps tenant compte de la complexité et de la pluralité des logiques d'action.

3. *Une démultiplication de la part de l'acteur.* L'évanescence des repères de l'action couplée à l'imprévisibilité des résultats de l'action pousse l'actant (individu ou institution) à exacerber sa capacité d'action. Il ne s'agit pas ici de souligner le maintien ou le développement de capacité de résistance, mais bien au contraire d'insister sur une obligation de renforcement actionnaliste de l'actant dans un contexte d'incertitude. Il est ainsi possible de parler d'une démultiplication de la part de l'acteur quand celui-ci se trouve pris dans l'action dans l'intégralité de son existence et non plus simplement partiellement dans un statut circonstancié d'actant. Cette radicalisation actionnaliste se nourrit d'une exacerbation de la réflexivité, de la nécessité de devoir penser l'action au cours de son déroulement simplement pour pouvoir agir.
4. *Une validation mutuelle des actions posées.* La confirmation sociale des actions posées ne réside pas dans l'émanation d'une instance supérieure mais repose sur une approbation réciproque d'un processus de validation mutuelle, d'où l'importance d'appareils de conversation, sous quelques forme qu'ils prennent, pour apporter un fondement de plausibilité à l'action, pour donner un minimum de certitude dans un univers de légitimité flottante, pour stabiliser par l'échange discursif la signification sociale des actions posées.

Les principes formels de l'agir poïétique



Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?





Mais, est-on en droit de se demander, en quoi ce contexte d'action et le type particulier d'agir qui s'y déploie affectent-ils le Radeau et les institutions résidentielles ?

Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?

1. *Tout d'abord en raison de la fin d'une situation de niche dont ces institutions ont pu bénéficier au préalable.* Cette situation de niche résultait de la convergence de deux phénomènes : d'une part, la présence durable, pendant les deux dernières décennies, de la toxicomanie sur l'agenda politique avec en arrière-fond la forte valeur symbolique légitimatrice de l'abstinence (même si les politiques mises en œuvre ont progressivement relativisé cet objectif, l'abstinence est restée pendant longtemps un arrière-plan normatif structurant). D'autre part, la volonté d'une politique forte et claire faisant de la lutte contre la toxicomanie une priorité tant au plan fédéral que cantonal, ce qui a contribué à produire un cadre stable et lisible, malgré les hauts et les bas, permettant d'asseoir l'action institutionnelle. Cette convergence s'estompe aujourd'hui en raison de l'effritement de la force morale de l'abstinence au plan de l'intervention socio-politique et du recouvrement de la toxicomanie par d'autres formes de dépendance au plan des priorités politiques. Ou, pour le dire autrement, la toxicomanie étant désormais quasiment domestiquée en tant que problème social, la politique de lutte contre les dépendances se déplace en se globalisant vers une politique de promotion de la santé et du bien-être, reléguant aux oubliettes de l'agenda politique la dépendance aux drogues et condamnant les institutions spécialisées dans ce champ d'activité à se partager les miettes des mannes fédérales et cantonales et à devoir redéfinir leur action dans un flottement important.
2. *Ensuite en raison de l'exacerbation d'un contexte sociétal marqué par l'incertitude en liaison à l'émergence d'un nouveau modèle socio-culturel marqué par un individualisme normatif et par une conception de la société mettant en avant la relativité des actions et des décisions ainsi que la faible prégnance des normes de jugement de celles-ci.* Ce modèle repose notamment sur l'affirmation du principe politique de gouvernance qui modifie le statut des institutions, ne se caractérisant plus tant dès lors par leur fonction instituante assignant des conduites ou énonçant des normes d'action, mais par leur statut de contenant que les acteurs remplissent significativement et normativement. Se construit alors un type de rapport entre centre et périphérie dans lequel le commun n'est plus instauré de haut en bas mais construit à partir des interactions des acteurs institutionnels, à partir de leur propre effort de définition et de leur souci de reconnaissance sociale.

Un tel modèle d'action socio-politique prend appui sur une auto-définition des objectifs d'action des institutions dans le cadre d'une politique centrale, certes incitative, mais au cadre fort extensif, auto-définition toutefois contrebalancée par une approbation *a posteriori* de la recevabilité des choix posés dont la caractéristique par essence est d'être en constante définition/redéfinition. En ce sens, l'incertitude devient une réalité fréquemment éprouvée par les institutions quant à leur devoir-être et à leur devoir-faire. Elles doivent prendre de plus en plus en compte le caractère à la fois instable et émergent des cadres d'action dans lesquels elles vont devoir agir. Le Radeau et, plus largement, les institutions résidentielles ne vivent en ce sens rien d'exceptionnel, mais s'inscrivent plus simplement dans un cadre d'action fondé sur l'indétermination relative des finalités collectives à poursuivre qui tend à devenir aujourd'hui la norme.



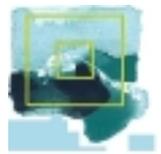


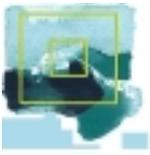
Si je reviens, pour conclure, à la question qui m'a été posée et à laquelle j'étais censé répondre pour ouvrir ce colloque : "Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?", je répondrais : en agissant comme ils le font habituellement car ce contexte est, pour tout dire, leur cadre ordinaire d'action. J'augmenterais toutefois d'un dièse mon propos, lié à cette exacerbation conjoncturelle de l'incertitude qui semble sévir aujourd'hui. Il leur faut en outre faire preuve d'une réflexivité plus grande car il est encore plus difficile dans un tel contexte de capitaliser des ressources. La seule chose qui soit capitalisable réside en effet dans l'expérience réflexive qui constitue en fait la modalité principale de production/mobilisation des ressources pour agir en situation d'incertitude.

Mais comment les travailleurs sociaux et les institutions sociales peuvent-ils développer une plus grande réflexivité visant à réfléchir leur action pour la transformer ? Tout d'abord, en essayant de rapporter leur action aux principes formels de l'agir qu'ils développent afin de mieux le comprendre dans ce qui le spécifie au plus profond. Ensuite, en réduisant au maximum le temps de retour sur l'action. Réduire la boucle de la récursivité cela signifie en fait, d'une part, une réflexivité la plus courte possible, i.e. la plus im-médiate possible, d'autre part, une réflexivité la plus seconde possible, i.e. la plus distancée possible de l'action en même temps que la plus objectivée possible.

Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation ?







M. Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen

Institut de recherche sur les addictions, Zurich

Pendant longtemps, les deux approches principales pour le traitement de la dépendance des opiacés existaient et se développaient non seulement sur des chemins complètement séparés, mais avec un vrai antagonisme. Il était inimaginable que les deux soient compatibles. La lutte était nourrie par des intérêts de se maintenir sur le marché thérapeutique, mais tout d'abord par des convictions et dogmes sur la nature de la dépendance et sa prise en charge. Aujourd'hui, un air pragmatique a soufflé sur la politique des drogues et on constate une tendance à se fier à des évidences même inattendues. La recherche sur les traitements les plus efficaces et acceptables pour les clients ainsi qu'une situation plus serrée sur le marché thérapeutique, ont ouvert le débat sur la faisabilité et sur les projets de combiner les deux approches.

Il est donc temps de rappeler quels sont les objectifs des traitements pour toxicodépendants, quelles sont les spécificités, avantages et désavantages des traitements résidentiels et de substitution, et quelles sont les perspectives pour une approche combinée.

1. Réflexions préalables sur les objectifs des traitements pour toxicodépendants

Le temps où le seul objectif était défini par l'abstinence est révolu. Les personnes, les stades d'évolution d'une dépendance, les déficits démontrent une diversité importante. Les individus ont leurs préférences et leurs priorités. Face à cette pluralité, il faut se demander quel est la hiérarchie des objectifs et quel en est l'objectif suprême.

Diversité des problèmes

Les objectifs thérapeutiques ne peuvent être séparés de la nature des problèmes auxquels la thérapie veut répondre. La diversité des problèmes entraîne donc une diversité des objectifs.

Les systèmes actuels de diagnostique (ICD-10, DSM-IV) connaissent une diversité de critères qui constituent une dépendance (critères somatiques, psychiques et de comportement, critères sur les conséquences pour la socialisation et la santé).

D'autre part, l'usage qui se fait des substances psychotropes est motivé de manière diverse : rappelons la théorie sur l'automédication (Khantzian 1985) ou bien la typologie dans l'instrumentalisation des substances à des fins diverses (Klee 1991).

Une autre diversité concerne les stades de motivation pour changer le comportement d'addiction. Chaque stade nécessite une autre planification thérapeutique (Prochaska, Di Clemente & Norcross 1992).

Il existe une gamme de facteurs de risque pour développer une dépendance, est de même une gamme de facteurs protecteurs. Selon la constellation individuelle, les objectifs thérapeutiques peuvent être différents.

Et finalement il faut respecter la diversité de la pronostique et de la faisabilité. D'une part, la curabilité, d'autre part, la palliation, entraînent des interventions bien différentes.





Objectifs individuels

Outre les symptômes, les déficits et les problèmes que le diagnostic vise à identifier, il y a les expériences, les attentes et les priorités individuelles de chaque client. Ce qu'ils ressentent comme besoins, ce qu'ils sont prêts à accepter déterminent aussi les objectifs d'un traitement. Ce n'est pas toujours le traitement le plus approprié qui est le mieux accepté par le client.

Une hiérarchie des objectifs ? Un objectif suprême ?

Dans la pratique thérapeutique, comme dans la recherche évaluative, une pluralité d'objectifs est respectée. En principe, il s'agit des objectifs suivants :

- changements dans la consommation de substances psychotropes : abstinence ou consommation contrôlée (réduction de la consommation, éviter des situations risquées tel que conduire sous l'influence etc.)
- avancements dans les stades de motivation pour un changement
- contacts sociaux favorables, éviter les contacts défavorables
- amélioration ou stabilisation de la santé somatique et/ou psychique
- style de vie approprié, insertion professionnelle
- surmonter des crises et des rechutes.

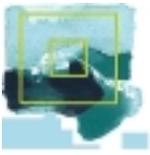
Le plan thérapeutique individuel définit la séquence dans la poursuite des objectifs. En général, les problèmes les plus urgents et les risques les plus aigus ont la priorité. L'abstinence n'est pas nécessairement la condition pour tout autre amélioration, tandis qu'un 'moratoire' dans la consommation (volontaire ou forcé) peut être nécessaire quand un style de consommation chaotique avec intoxications continues empêchent toute réflexion et toute collaboration. D'autre part, une stabilisation sociale et de santé peut améliorer les chances pour une stabilisation ou réduction de la consommation (voir dans les programmes de substitution). Ainsi, une hiérarchisation des objectifs ne se fait pas d'une manière schématique, mais face à la situation individuelle du client.

Néanmoins, il faut définir en termes généraux quel est le but vers lequel les traitements s'orientent. Cet objectif 'suprême', dans mon interprétation, est « la capacité de mener une vie responsable et de gérer cette vie d'une façon satisfaisante ». Les intérêts et le bien-être de l'individu concerné y sont visés aussi bien que les intérêts des autres dans son entourage et de la collectivité.

Tendance à préférer les traitements ambulatoires

Les objectifs dans l'ambulatoire et dans le résidentiel ne diffèrent pas essentiellement, bien que la séquence des buts intermédiaires présente des différences. Des facteurs multiples contribuent probablement au fait que les traitements ambulatoires sont de plus en plus préférés, autant par les clients que par les services placeurs et les financeurs. S'y ajoute une tendance similaire de la part de beaucoup de professionnels. Les clients craignent parfois la perte d'un poste, d'une liaison intime, la stigmatisation ou encore le découragement engendré par une rechute après le traitement résidentiel. Les services placeurs ont tendance à préférer ce qu'ils considèrent comme les traitements les plus économiques. Et les professionnels considèrent un « traitement intégré dans la communauté » (community setting) comme moins risqué quant à une rupture avec un milieu social favorable.





Cette tendance se constate aussi bien dans les traitements de l'alcoolisme que dans d'autres champs de comportement à haut risque. Dans le cas de la dépendance des opiacés vient encore s'ajouter l'importance croissante des traitements de substitution. Cela vaut donc la peine d'examiner ce qu'il y a de spécifique au milieu résidentiel et dans les traitements de substitution ambulatoires.

2. Quelles sont les spécificités du milieu résidentiel ?

Le milieu résidentiel offre une série de spécificités dans le traitement des dépendances, notamment les suivants :

- Impact d'un programme socio-pédagogique complet, à plein temps
- Discontinuité des contacts avec le milieu dans lequel la dépendance s'est développée (famille, professions à risque, situations à risque, collègues...)
- Contrôle permanent des comportements et interventions rapides en cas de non-compliance (non acceptation de la thérapie proposée)
- Abstinence contrôlée de consommations non-prescrites.

De là sont dérivées des indications spécifiques pour un traitement résidentiel. On note surtout :

- Déficits de conditions minimales pour une prise en charge ambulatoire
- Moratoire (éviter une intoxication permanente et l'évasion continue à tout changement et contact thérapeutique)
- Sevrage (entier ou partiel)
- Préparation d'un traitement ambulatoire
- Préférence du client/patient.

L'histoire des traitements résidentiels long terme (type Communauté Thérapeutique) connaît une évolution importante de professionnalisation et de diversification, de la première à la troisième génération. La première génération (type Synanon) fut dominée par un régime plutôt rigide où les ex-toxicomanes jouaient un rôle majeur, tandis que la deuxième génération (type Daytop, Phoenixhouse) introduisit le concept d'une communauté 'passage' au lieu d'une communauté 'à vie'. La troisième génération enfin est marquée par un rôle décisif des professionnels introduisant des éléments thérapeutiques.

Une spécialisation concerne surtout les divers groupes cibles (adolescents, femmes, familles, comorbidités, migrants, délinquants..) et l'orientation spirituelle (religieuse, charismatique) ou professionnelle. Aussi, les settings (cadre familial, organisation internationale) et la programmation ont connu un processus de transformation.

Je mentionne notamment la Communauté Thérapeutique pour toxicomanes en milieu carcéral ou dans des structures type 'foyer' ou 'sleep-in' (Wexler HK 1995, De Leon 1997, Uchtenhagen 2002). La programmation modifiée consiste à réduire la durée de la phase résidentielle suivie d'un régime de réinsertion surveillée et l'introduction d'un programme spécial de réinsertion sociale et professionnelle (re-entry programme). On note aussi l'apparition de programmes de jour façonnés selon le modèle CT, et finalement une approche éducative accompagnée d'une approche pharmacologique (traitements antidépresseurs et anxiolytiques, substitutions, prévention de rechutes par des substances 'anti-craving').





Les désavantages des traitements résidentiels sont liés à des risques spécifiques :

- Affaiblissement de l'auto-responsabilité dans une hiérarchie rigide avec endoctrinement sans égard à l'individualité des clients
- Syndrome d'hospitalisme, perte de compétence sociale permettant de survivre dans un milieu non-protégé
- Apprendre des règles qui ne fonctionnent que dans un monde artificiel
- Mésestime des besoins individuels, et par là une rétention faible
- Comme tout traitement à l'abstinence : perte de la tolérance pour opiacés et haut risque d'overdose en cas de rechute après la fin de la thérapie.

Spécificité des approches de substitution / remplacement par agonistes

Une approche de médicaments substitutives est reconnue à présent pour les opiacés et la nicotine, tandis que le remplacement de stimulants est encore dans une phase d'expérimentation.

Le remplacement de l'héroïne illicite se fait avec une gamme de produits divers (méthadone, buprénorphine, codéine, morphine retardée, diamorphine). L'application se fait par voie orale, mais aussi par injection ou même inhalation. La prise en charge d'accompagnement connaît aussi des approches diverses (psychothérapie, psycho-éducation, programme de réadaptation etc.).

Les pratiques et régulations d'un traitement de substitution sont assez diverses (EMCDDA 2000), mais un nombre croissant d'évidences scientifiques et de directives internationales (notamment par l'OMS 2004) contribuent à unifier ces approches.

Les risques spécifiques des approches de remplacement sont aussi bien connus : le risque d'une polytoxicomanie et d'une overdose fatale, le risque d'une déviation de substances prescrites vers le marché illégal en cas de consommation non surveillée et le risque d'une rechute après la fin de la thérapie. Le risque d'une dépendance prolongée ne peut être exclue, mais toute interruption prématurée du traitement est encore plus risquée.

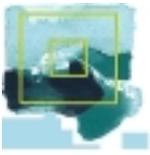
Avantages et désavantages des approches : un résumé

L'approche CT (communauté thérapeutique) a des mérites incontestés : réduction de la consommation d'héroïne illicite par 50-70% (Hubbard 1989), réduction de la délinquance significative et réinsertion sociale après 5 ans (Gossop et al 2003). D'autre part, le désavantage est une sélectivité élevée avec un accès faible et une rétention insuffisante.

L'approche de substitution / remplacement démontre un accès et une rétention supérieure (Simpson et al 1997), mais les problèmes avec une consommation illicite peuvent continuer et la réinsertion sociale est souvent insuffisante.

Une première conséquence s'impose : un système thérapeutique pour héroïnomanes a besoin des deux approches, et de manière diversifiée, si un maximum de personnes nécessitant un traitement doit pouvoir être pris en charge (ce qui constitue le but de la Santé Publique).





Incompatibilité des approches ?

Les buts des deux approches sont les mêmes : aider à mener une vie auto-responsable et satisfaisante sans manifestation intolérable pour la collectivité. Néanmoins, il y a des différences dans la séquence des buts intermédiaires et des moyens de stabilisation : l'approche CT met l'abstinence au début, la substitution la normalisation du style de vie, l'abstinence étant réduite à celle de substances non-prescrites.

On a l'impression que les deux approches, malgré une 'contradiction interne', ne résistent pas à être combinées, tout comme que l'échange des seringues dans un programme de méthadone (ou dans une prison), où d'un côté on décourage les injections, mais d'un autre côté on sait qu'elles sont inévitables et juste 'en cas de' on veut éviter tout risque éventuel. L'expérience a démontré que le problème se situe plutôt du côté des thérapeutes et non des clients.

Il faut donc explorer les projets de combiner les approches.

Approches combinées pour héroïnomanes

Les buts d'une combinaison sont :

- d'améliorer l'attractivité du résidentiel
- d'améliorer la rétention et la compliance
- d'améliorer le processus de normalisation auprès des personnes substituées.

Pour atteindre ces buts, il faut un cadre structuré sur la base des expériences TC, un programme qualifié de substitution et un plan thérapeutique individualisé et par étapes.

Comme base théorique d'un programme combiné on connaît aujourd'hui le 'Recovery stage paradigm' (De Leon 1996). Il s'agit d'un concept de 10 étapes dans le processus vers une guérison, à savoir :

- déni (denial)
- ambivalence
- motivation (extrinsèque – intrinsèque)
- être prêt pour un changement (readiness to change)
- être prêt pour une thérapie
- prendre distance avec les substances psychotropes
- abstinence
- continuité
- intégration et changement d'identité.

Ce concept adapte celui de Prochaska et Di Clemente sur les stades de motivation pour un changement du comportement et du style de vie (Prochaska et al 1992). Ces stades décident du choix de l'approche à faire afin d'améliorer les chances d'un changement.





Les modèles de combinaison sont schématiquement les suivants (De Leon 2003, Espegren 2003):

- CT avec un programme de substitution à la méthadone externe
- CT avec une phase optionnelle de substitution pendant les premiers 6 mois, suivi du programme CT régulier (Methadone-to-Abstinence ; pas d'études d'évaluation)
- CT sémi-résidentielle (programme de jour) avec substitution (Projet 'Passages' pour patients résistants au traitement conventionnel avec la méthadone)
- Programme 12-step avec substitution ('Methadone anonymous').

Le projet 'Passages' travaille avec un programme de jour, 4 jours par semaine, en plus il y a des activités pour une soirée par semaine et un jour par week-end. Les éléments majeurs sont des groupes structurés, des séminaires, des sessions thérapeutiques, comme dans une CT. Les thérapeutes ont une formation et une expérience CT, mais un rôle important accordé aux 'peer self-help'. La modification du concept concerne le rôle de la pharmacothérapie comme instrument majeure dans le procès de 'recovery'. Une évaluation démontre des résultats favorables (réduction de la consommation d'héroïne et de cocaïne) en comparaison avec d'autres patients traités par la méthadone (De Leon 2003).

'Méthadone anonymous' (MA) se sont développés aux USA, mais ils sont peu connus en Europe. Le début date de 1992 (Bellevue Hospital, New York). C'est en Norvège que des patients traités à la méthadone ont été acceptés dans une Communauté Thérapeutique depuis l'an 2001, et des groupes ambulatoires avec une combinaison d'approches ont été créés cette même année. Les résultats préliminaires sont encourageants (Espegren 2003).

Pour qui une combinaison peut être indiquée ? On songe surtout aux héroïnomanes qui continuent un style de vie chaotique et une consommation non-prescrite pendant leur traitement à la méthadone. Les clients désirant un programme résidentiel et qui ont un risque élevé de rechutes sont aussi des candidats pour une approche combinée. Les clients qui dans leur 'recovery process' sont préparés à accepter un régime CT, mais pas (ou pas encore) l'idée d'abstinence peuvent aussi profiter d'une approche combinée.

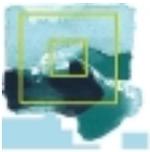
Pour avoir une idée réaliste de ce groupe de candidats potentiels, j'ai analysé les traitements précédents de la clientèle des traitements résidentiels en Suisse 1995-2001 (d'après Schaaf et al 2002). On note que :

- Ceux qui à plusieurs reprises ont préféré un traitement résidentiel avec abstinence, sont constamment de l'ordre de 15%
- Ceux qui y entrent pour la première fois ont augmenté de 32% à 40%
- *Ceux qui avant d'entrer ont uniquement essayé les traitements de substitution ont diminué de 26% à 19%*
- *Ceux qui ont essayé les deux approches sans issue satisfaisante constituent env. 25%.*

Les deux derniers groupes forment à mon avis les candidats éventuels pour une approche combinée. Ils constituent presque la moitié des personnes entrant en traitement résidentiel.

Actuellement, 21% de ceux qui entrent en traitement résidentiel, sont encore sur méthadone (Schaaf et al 2004). Il est donc réaliste d'expérimenter sérieusement et plus systématiquement ces approches combinées.





Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Le modèle du 'Recovery stage paradigm ' est formulé, mais pas validé. Il est considéré comme utile cliniquement. Une adaptation aux traitements de substitution n'a pas été faite encore. Des recherches sont en cours (De Leon 2003).

Quant aux modèles d'approche combinée, des recherches évaluatives sont en préparation. En attendant les résultats, on peut néanmoins affirmer que cette innovation mérite toute notre attention, dans l'intérêt des clients et aussi dans l'intérêt des institutions qui se trouvent déjà dans un processus de réorientation.

Les évidences scientifiques sur les traitements résidentiels orientés vers l'abstinence et sur les traitements de substitution pour l'héroïnomanie nous donnent une excellente base de réflexion sur les possibilités d'une combinaison afin d'éviter les déficits de ces approches. Je mentionne les recherches de De Leon aux USA, de Broekaert en Belgique, de Kethea en Grèce, de NTORS (Gossop et al 2003) en Angleterre, de KOFOS en Suisse, pour les traitements résidentiels. Et les recherches de Simpson, de Ball & Ross, de Mc Lellan aux USA, de Mattick et Hall en Australie, de Degkwitz, Raschke, Farrell, Reisinger, Maremmani et d'autres en Europe pour les traitements de substitution. L'OMS vient de publier, en collaboration avec UNAIDS et UNODC un document de position qui résume la position sur les traitements de substitution (OMS 2004), et UNODC a publié un excellent sommaire sur les traitements de la toxicomanie (UNODC 2003).

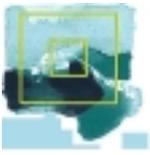




Bibliographie

- De Leon G (1996) : Integrative recovery. A stage paradigm. *Substance Abuse* 17 :51-63
- De Leon G (1997) : Community as method : Therapeutic Communities for special populations and special settings. Greenwood, Westport CT
- De Leon G (2003a) : Integrating maintenance and different therapeutic programming. In Waal H, Haga E (Eds.)Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 296-314). Cappelen, Oslo
- De Leon G (2003b) : Therapeutic Community and Methadone Maintenance (Passages). A case illustration of an integrated treatment approach. In Waal H, Haga E (Eds.)Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 315-320). Cappelen, Oslo
- Espegren O (2003) : Twelve Step Programme and Methadone Maintenance Treatment. In Waal H, Haga E (Eds.)Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 321-328). Cappelen, Oslo
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2000) : Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA, Lisbon
- Gossop M, Marsden J, Steward D, Kidd T (2003): The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 years follow-up results. *Addiction* 98:291-3003
- Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV et al (1989) : Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. University of North Carolina Press, Chapel Hill
- Khantzian EJ (1985) : The self-medication hypothesis of addictive disorders : focus on heroin and cocaine dependence. *Amer J Psychiat* 142 :1259-1264
- Klee H (Ed.)(1991) : Amphetamine misuse : International perspectives on current trends. Harwood, Reading
- Organisation Mondiale de la Santé OMS (2004) : WHO/UNODC/UNAIDS Position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. OMS, Geneva
- Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC (1992) : In search of how people change. *Amer Psychologist* 37 :1102-1114
- Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E (2002) : Jahresbericht Forschungsverbund stationäre Suchttherapie. Institut für Suchtforschung, Zürich
- Schaaf S, Grichting E, Hampson D, Reichlin M (2004) : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahre 2003. Institut für Suchtforschung, Zürich
- Simpson DD, Joe GW, Brown BS (1997) : Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study DATOS. *Psychol Addict Behav* 11 :294-307
- Uchtenhagen A (2002) : Drug abuse treatment in the prison milieu : a review of the evidence. In Council of Europe (Ed.) : Prisons, Drugs and Society, pp79-98. Council of Europe, Strasbourg
- United Nation Organisation on Drugs and Crime UNODC (2003): Contemporary Drug Abuse Treatment. UNODC Vienna
- Wexler HK (1995) : The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. *J Psychoactive drugs* 27:57-66





M. Nicolas Dietrich

Collaborateur scientifique COSTE, Berne

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 la base de données 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 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

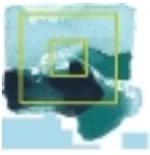
¹ P. Burkhard, T. Egli, U. Simmel, *FiDé Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances*, Manuel, COSTE, Berne, 2003.

² Op. cit, chap. 5, Berne, 2003.

³ Op. cit, chap. 4.2, Berne, 2003

⁴ Op.cit, chp. 5.2., berne, 2003





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 communauté 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.
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 outil 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.

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

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





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 différente 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'autre 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 autours 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 exergue des limites pour des patients, qui continuaient à consommer d'autres substances non prescrites durant le traitement méthadone, continuaient à manifester des comportement à risques et des troubles d'ordre psychiatrique (pouvant « diminuer la 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:

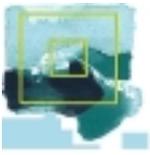
- Facteur « hospitalier » : alors qu'il y avait des listes d'attente importantes auparavant, dès la fin des années 1990- début 2000 surviennent des problèmes liés au taux d'occupation et aux lits qui restent inoccupés. Le traitement à la méthadone est devenu le traitement de premier ordre et par conséquent 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,...)

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

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.





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 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 à 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 ?

¹⁰ Op. cit, chap. 6, Berne, 2003.

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.





2.2.1. **Éléments 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'ambulatoire 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 n'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 résidents dans les communautés thérapeutiques (dans certains cas 1x/semaine).

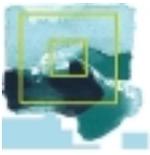
Il faut un développement de compétences et de connaissances dans :

- 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 différenciées 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'ambulatoire.* » (!) « *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 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 antidépresseurs, 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.

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](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.





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](#)



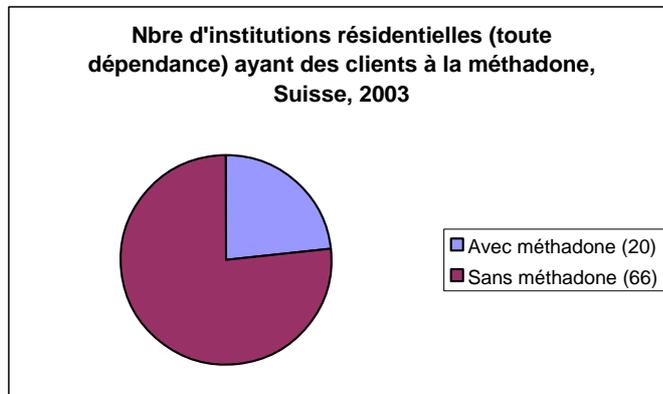


3. Situation suisse

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.

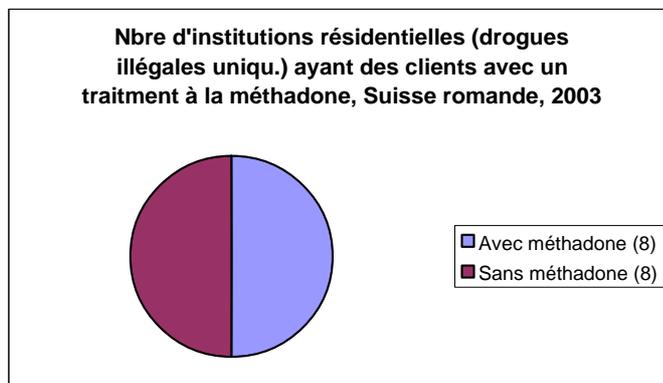
Selon notre base de données, 20 institutions sur 86 (institutions strictement résidentielles drogues illégales/alcool, localisées en Suisse, uniquement) prennent des clients/-es avec la méthadone, dont 11 en Suisse alémanique, 8 en Suisse romande et 1 au Tessin.



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>





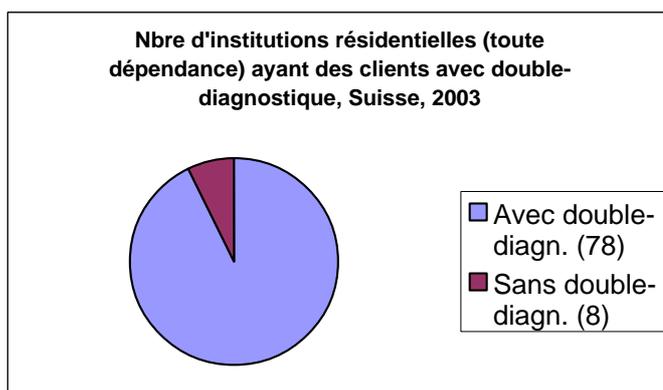
Par ailleurs deux institutions prennent aussi des usagers avec l'héroïne : les deux se situent en Suisse alémanique (Saurenhorn (BE) et Haus Gilgamesch (BS))

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 abstinentes 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>

¹⁶ Op. cit., p. 74

¹⁷ Op. cit., p. 79

¹⁸ Op. cit., p. 80





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

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-diagnostiques bénéficient ou non d'un traitement à la méthadone.

Il ressort très nettement qu'une immense majorité d'institutions acceptent les personnes avec double-diagnostique. Ces chiffres sont à prendre avec précaution et je peux imaginer que les institutions ont déclaré prendre des personnes présentant un double-diagnostique 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'elle acceptent et qui ont un double diagnostique (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-diagnostiques. Selon la littérature, l'acceptation des problématiques lourdes, du type double-, respectivement multi-diagnostique doit en effet être graduelle et en nombre limité 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.

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](#)





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 *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

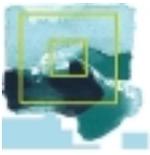
Alors que les trois quart des institutions ont des durées de séjour moyennes inférieures à douze mois, certaines institutions ont choisi de prendre des clients pour des séjours moyens de plus de deux ans. Certaines institutions ont même une moyenne de quatre à cinq ans . Bien que cela soit justifié par 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).

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





M. Philippe Wüst

Directeur Le Radeau, Orsonnens FR

Plusieurs choses ont changé et beaucoup de choses n'ont pas changé. Ce qui a changé c'est que, depuis 1997, nous avons constaté une baisse de notre taux d'occupation. Cette situation a rapidement été au centre de nos préoccupations. Nous nous sommes posés alors de nombreuses questions, dont celle-ci : le Radeau correspondait-il encore à un besoin? Et, si oui, lequel ? Nous étions néanmoins convaincus que l'instrument dont nous disposions était de qualité et pouvait s'adapter à de multiples problématiques. Nous avons donc commencé à penser l'accueil de différents groupes cibles et, parmi ces groupes, outre les personnes en traitement par la méthadone, nous avons envisagé l'accueil de mineurs ayant des problèmes aigus dans la toxicomanie, l'accueil d'hommes confrontés à des comportements violents ou encore de personnes souffrant de difficultés psychiques. Le besoin s'est clairement fait ressentir du côté des personnes en traitement par la méthadone et, c'est plus spécifiquement chez nos partenaires du domaine médical, que la demande a été la plus forte. Je me rappelle encore que l'ancien directeur de l'hôpital psychiatrique de Marsens m'avait dit qu'en effet, il était confronté à un aller et retour d'une population pour laquelle le besoin de stabilité correspondait à 100 % à l'offre du Radeau.

Soit dit entre nous, ce va et vient entraîne un coût qui me paraît beaucoup plus irrationnel qu'un séjour en institution. Un sevrage de 2 à 3 semaines n'était donc plus envisageable compte tenu des dosages de méthadone et de sa médication connexe.

Lorsqu'en 1999, nous avons fait notre premier tour de table en équipe sur les représentations que ses membres se faisaient de cette nouvelle population, il est vrai que la première image qui nous venait à l'esprit était plutôt pessimiste. En approfondissant la question par des lectures, mais surtout par les échanges que nous avons eus avec l'Hôpital psychiatrique de Marsens (UHT) et aussi avec l'Unité spécialisée en Toxicomanie à Fribourg ainsi qu'avec COSTE, nous nous sommes vite aperçus que notre représentation était très partielle et que, comme pour la clientèle traditionnellement accueillie, nous nous retrouverions face à des individus de niveaux socioculturels et avec des problématiques diversifiées. En ce qui concerne la cohabitation, nous avons averti les personnes présentes du changement qui se profilait en leur indiquant que nous comprendrions que cette situation pouvait être problématique pour eux et que nous étions prêts à les accompagner dans une autre institution si tel était leur choix. Aucune des personnes présentes n'a, à ce moment, remis en question sa démarche au Radeau. Nous avons alors eu l'impression que la cohabitation nous posait à nous plus de problèmes qu'à elles. Cette situation de cohabitation est, du reste, inévitable, puisque certaines personnes accueillies deviennent petit à petit abstinentes durant leur séjour.

Les exigences liées aux activités ont été réadaptées pour répondre de manière plus progressive aux besoins des personnes qui ne pourraient accéder à un niveau élevé d'exigences. Mais je dois dire que ces changements étaient déjà pressentis avant d'accueillir les personnes en traitement de la méthadone. Il s'agit là d'adaptations techniques, je n'entrerai donc pas dans les détails.

C'est l'aspect de la cohésion d'équipe qui, à mon sens, était un des points les plus importants. Ma grande crainte en tant que directeur était celle d'envoyer un double message. On peut en effet bien dire à une équipe que nous allons maintenant travailler avec la méthadone mais, si l'intervenant dit oui parce qu'il y est plus ou moins contraint alors qu'il pense non, cela allait indéniablement poser un problème de cohérence. Aussi ai-je dû faire preuve d'autorité, si ce n'est d'autoritarisme et j'ai clairement dit que je ne pourrais tolérer pareille situation et qu'il était clair, pour moi, qu'en cas de doutes, notre collaboration serait remise en question.

Enfin, la collaboration avec les médecins étant essentielle, des réunions semestrielles ont été mises sur pied, afin d'évaluer notre action conjointe et notre collaboration.

En face de nous, Mesdames et Messieurs, nous avons des personnes qui sont dans le flou, avec une vision éclatée de leur situation. La ligne médicale et psychosociale poursuivie doit être extrêmement claire si l'on veut que l'individu en face puisse se structurer. A ce sujet, notre spécialité est la construction, avec notre client, d'un projet de vie. En ce qui concerne la méthadone, c'est au médecin de gérer, avec son patient, son traitement médical. Une étroite collaboration est, en effet, centrale dans la réussite de la thérapie, car ceux qui travaillent avec des personnes toxicodépendantes connaissent très bien leur capacité à jouer avec les moindres failles ; d'où la nécessité d'avoir une approche commune et surtout une entière confiance dans les compétences de chacun des intervenants.





Résultats de la recherche effectuée par l'Université de Fribourg

Nous avons le sentiment que la cohabitation ne posait pas de problèmes pour les personnes accueillies. Néanmoins, nous avons mandaté l'Université de Fribourg pour faire une recherche afin de connaître leur avis de manière plus objective. Plusieurs groupes ont été interviewés, les personnes accueillies, les membres de l'équipe et des partenaires extérieurs, notamment du côté médical, mais également du côté social et politique. Les résultats montrent que si la cohabitation ne pose pas de problèmes ni pour les personnes accueillies, ni pour les intervenants du Radeau, les avis sont beaucoup plus partagés à l'extérieur. Je n'ai pas le temps ici de vous présenter l'ensemble de l'étude, je dois toutefois préciser que, pour les intervenants du Radeau, la méthadone est considérée comme un médicament, que nous pouvons aider à réduire le dosage si tel est le désir de notre client et ce, pour autant que cela soit en cohérence avec le médecin responsable du traitement.

Je vais maintenant vous présenter un échantillonnage de la perception du produit méthadone de la part des intervenants externes, du domaine médical, social et politique qui sont des extraits de cette recherche. Certains y voient un médicament, d'autres y voient une drogue, certains un médicament et une drogue et il y a un mélange de réticence et d'optimisme. Je dois dire qu'il y a beaucoup plus de réticence que d'optimisme.

Ceci est un témoignage d'un intervenant du domaine médical que je vous laisse découvrir : *« C'est une saleté ! C'est une substance que les personnes ont sans problèmes. C'est un médicament qui cache des problèmes psychiatriques. C'est un anesthésique. Sous méthadone, vous entendez très mal les sons, c'est comme un brouillard pour la vue. Les sentiments sont très filtrés, les bons comme aussi les mauvais... C'est une drogue ! Elle n'a pas les effets d'une drogue en tant que telle, sur le plan pharmacologique bien sûr. Elle n'a pas les effets destructeurs de l'héroïne. En partie aussi parce que c'est une substance chimiquement contrôlée, pure, etc. mais elle a l'action d'une drogue... »*¹

On se demande là si c'est la substance qui est le problème ou si c'est la relation problématique avec le client, entre la substance et le client qui est le problème.

Voilà la seule vision un peu positive que j'ai trouvée : *« ... Si l'observation au traitement est correcte, il n'y a aucun problème à ce que les deux populations coexistent. Et je trouve même que c'est toujours intéressant de faire coexister deux, trois ou quatre types de populations, pour avoir peut-être encore une approche plus diverse... c'est vrai que l'influence de l'autre a toujours influencé un peu... des risques existent. Il y a bien sûr des situations qui réveillent l'envie de consommer, mais si on va faire que de l'évitement, ils sont fermés entre quatre murs... »*²

Maintenant on passe au domaine social. Alors là, il n'y carrément aucune vision positive de la perception de la méthadone : *« Nous on voit que pratiquement toutes les personnes qui sont en traitement à la méthadone, trafiquent aussi. Donc, en considérant vraiment les gens qui viennent ici, pour eux la méthadone c'est vraiment une drogue, elle est trafiquée comme telle »*.³

*« Pour moi, la méthadone ce n'est qu'un produit de substitution de votre dépendance... Tous mes clients qui ont de la méthadone en ce moment, consomment d'autres substances à côté. Chez certains il n'y a pas de contacts, la personne passe pour prendre de la méthadone et ça s'arrête là. Consommateur et rien de plus. Pas de suivi, pas de projet, il n'y a pas de perspectives. »*⁴

*« ...plus on fait la distribution de la méthadone, moins c'est intéressant pour les gens d'entrer dans les institutions ! »*⁵

1 Témoignage d'un intervenant du domaine médical, extraits de la recherche.

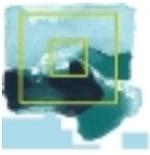
2 Témoignage d'un intervenant du domaine médical.

3 Témoignage d'un intervenant social.

4 Témoignage d'un intervenant social.

5 Témoignage d'un intervenant social.





Voici une vision politique :

« ... la méthadone à notre avis, devrait permettre à la personne de pouvoir garder une certaine indépendance... ça devrait permettre aux gens de vivre plus ou moins normalement. Alors pourquoi accueille-t-on ces personnes en milieu institutionnel, alors qu'elles devraient avoir cette autonomie... ? »⁶
Je dirais qu'on ressent beaucoup de sentiments d'impuissance face à ces témoignages.

Conclusion

Après trois ans d'expérience, nous constatons que les moyens et les fondements thérapeutiques du Radeau qui prévalaient avec les personnes abstinentes sont tout autant adaptés aux personnes en traitement par la méthadone ; ceci, pour autant qu'il existe chez ces individus un désir de passer à autre chose.

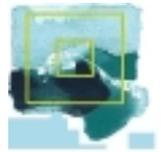
Afin d'entrer plus concrètement dans notre pratique, nous avons choisi de vous montrer, par le biais d'un film, comment les personnes concernées vivent avec la méthadone une de nos activités, et, pour cela, nous avons choisi l'atelier sport.

Intro au Film

Ce film a été tourné dans le but de montrer qu'il est possible d'entreprendre une thérapie tout en poursuivant un traitement à la méthadone. Vous verrez, à travers des activités comme le sport, comment les résidents vivent leur parcours thérapeutique et leur traitement de méthadone. Même s'il n'est pas exigé d'eux qu'ils descendent leur dosage, la plupart des résidents font part de leur souhait de diminuer et de mettre un terme à leur prescription de méthadone au fur et à mesure de leur thérapie. Les témoignages de ce film démontrent également que la cohabitation entre personnes sevrées et sous traitement de méthadone est possible et ne pose pas de problèmes majeurs. L'institution prend en compte ces différentes réalités, qui font partie de l'accompagnement vers l'intégration sociale et une vie indépendante des abus de produits.

⁶ Témoignage d'un interlocuteur appartenant au groupe politique.







**M. Philippe Beytrison, psychologue,
M. Laurent Roessli, psychologue**

Fondation du Levant, Lausanne

Le but aujourd'hui de notre intervention est de vous faire une présentation de notre pratique à la Fondation du Levant. Pratique de la combinaison de méthadone et de résidentiel, une pratique qui est vieille ou jeune, c'est selon, de presque 6 ans. Je me disais aussi ce matin, suite à l'intervention du professeur Uchtenhagen, que peut-être nous allons vous faire une présentation de ce que lui a appelé « la quatrième génération des communautés thérapeutiques » ou une des possibilités de cette quatrième génération.

Je commencerai ma présentation par vous dire qu'actuellement à la Fondation du Levant nous avons deux structures, deux centres de prise en charge résidentielle avec méthadone. La première « La Pichollette » qui se trouve au Mont-sur-Lausanne, et la deuxième « L'Eventail » au Chalet-à-Gobet. Ces deux structures, ces deux centres fonctionnent selon les principes des communautés thérapeutiques.

Pour notre exposé d'aujourd'hui nous avons fait le choix de vous parler plus spécifiquement de l'Eventail, étant donné que l'apparition de méthadone à la Pichollette correspond en fait à une prise en charge particulière mais néanmoins intéressante – qui mériterait peut-être une fois un autre colloque – et qui est celle de la prise en charge de toxicomanes parents avec leurs enfants. Les observations générales, les réflexions, les interrogations dont nous allons parler aujourd'hui concernent la prise en charge dans ces deux structures. Vous avez certainement pu lire le titre de notre exposé : « Questions sans réponses » ; il est évident qu'au fil du cheminement de nos réflexions notamment pour la présentation de cette journée nous avons des réponses et c'est plutôt des questions ouvertes qui demeurent. C'est une réflexion dans ce contexte d'incertitude qui reste ouverte, c'est une réflexion en continuité.

Concernant l'Eventail, un petit historique : c'est en printemps 1998 que la Fondation a ouvert à Chalet à Gobet une structure pour toxicomanes nécessitant une prise en charge médicalisée. Cette ouverture, comme on l'a déjà dit, correspond à une nouvelle réalité, à un nouveau besoin dans la vie des toxicodépendants. Il n'existait en effet aucun lieu pour ceux que l'on nommait pêle-mêle à l'époque, les « chroniques » ou encore les « doubles diagnostiques ». De plus, les sevrages médicamenteux se faisaient de plus en plus nombreux et on observait que certains ne pouvaient mener à bien une telle démarche dans un cadre strictement ambulatoire. Nous avons ainsi ouvert l'Eventail avec comme objectif sous-jacent d'accompagner les résidents vers l'abstinence, puisque c'est ce que nous connaissions le mieux, en favorisant les sevrages de méthadone. Nous allons maintenant brièvement rendre compte de certaines caractéristiques et spécificités des résidents qu'on accueille à l'Eventail et pour cela nous avons repris les 226 dossiers d'admissions qui ensuite ont été suivis dans cette structure (de 1998 à l'automne 2003).

Nous vous présentons aussi quelques chiffres, tout d'abord sur la population accueillie : il y a des hommes et des femmes, une majorité d'hommes – rien là de très nouveau : c'est une proportion d'un tiers de femmes pour deux tiers d'hommes, ce qui correspond en fait à des proportions classiques qui distinguent les sexes au sein de la population toxicomane en général. Pour ce qui est de l'âge des résidents : il est intéressant de relever que 65 % d'entre eux ont entre 26 et 40 ans au moment de leur arrivée chez nous, l'âge moyen se situe autour de 30 ans. Ceci autant bien pour les hommes que pour les femmes. Dans le même ordre d'idée, 80 % des gens admis à l'Eventail ont un passé de toxicodépendants assez conséquent, puisqu'il varie entre 6 et 20 ans. Sur l'ensemble de l'échantillon plus de 8 résidents sur 10 sont admis avec une cure de méthadone établie, et 93 % entre eux arrivent avec une médication. En d'autres termes la totalité des gens accueillis à l'Eventail ont soit un traitement médicamenteux, soit une cure de méthadone, soit encore l'un et l'autre. En ce qui concerne la provenance des résidents : nous accueillons aussi bien des gens avec un statut pénal (art. 44) que des personnes avec un statut dit volontaire. 38 % des admissions proviennent du secteur médical, dans lequel on regroupe des hôpitaux psychiatriques, services de médecine, les psychiatries pénitentiaires, le Centre St-Martin à Lausanne, les hôpitaux généraux ou encore les médecins privés. 26 % proviennent des différents services sociaux des différents cantons, et 23 % proviennent d'autres structures





spécialisées dans la prise en charge des toxicodépendants, comme par exemple les autres centres du Levant, lors du passage d'une structure à l'autre, le Relais ou encore la LVT. 13 % enfin proviennent d'un libre choix d'une personne dépendante à un moment donné, qui vient plus ou moins librement. En ce qui concerne les motivations et les projets de nos résidents : nous avons déjà expliqué quel était le contexte de l'apparition de ce centre, et de celui-ci vont découler les différentes motivations exprimées par les résidents au moment de leur admission. Elles ne sont généralement pas singulières, mais dans la plupart des cas elles font référence à la situation médicale. Ainsi plus de la moitié des demandes traduisent un désir de stabilisation de la médication prescrite. En effet la multiplication des drogues, et là on pense surtout à l'arrivée massive de cocaïne à bas prix sur le marché, a eu pour conséquence une sur-consommation des toxicomanes au bénéfice d'une cure de méthadone et / ou d'un traitement médicamenteux. Face à cette réalité extérieure les résidents nous demandaient une protection, une possibilité de s'éloigner du milieu pour tenter ensuite d'acquérir plus d'autonomie. Très souvent s'ajoutait à ce désir, je pense là surtout aux premières années, celui de se débarrasser progressivement de la dépendance à la méthadone. L'ensemble de ces motivations nous a permis d'observer leur hétérogénéité et les difficultés pour les résidents de situer ces objectifs dans le temps. C'est pour cela qu'au début de l'ouverture de l'Eventail, nous avons eu une réflexion sur la durée du traitement en ne spécifiant plus à l'arrivée une durée prédéterminée. Il n'y avait pas de durée maximale ou minimale à la prise en charge. Il y a maintenant un peu plus d'une année – je vous parlerai aussi plus loin des statuts actuels que peuvent avoir les résidents à l'Eventail – nous avons réajusté ce point. Dans les faits, quand on reprend les 226 dossiers, on se rend compte que la durée moyenne à l'Eventail est de plus ou moins 6 mois. En fait, cela oscille entre les très court séjours et de très longs séjours pouvant aller jusqu'à 2 voire 3 ans.

Les prestations offertes à l'Eventail : le centre se situe dans une ancienne caserne au Chalet-à-Gobet et a une capacité d'accueil de 24 places. Depuis l'ouverture en 1998 c'est une structure de la Fondation du Levant qui a connu un taux d'occupation qui est pratiquement constamment au maximum. Nous avons dû à certains moments établir une liste d'attente. Dans l'idéal les 24 places sont réparties entre 16 hommes et 8 femmes, mais selon les demandes il nous arrive de redistribuer les chambres suivant la proportion des demandes homme – femme. Le bâtiment a été rénové dans son ensemble par les résidents et ce depuis le début 1998, comme c'est une ancienne caserne il y avait des grands dortoirs, il y a actuellement des chambres à deux lits.

En ce qui concerne la prise en charge du groupe de l'Eventail : pendant presque 6 ans elle a connu des oscillations, nous avons un petit peu fonctionné par essais / erreurs puisqu'il y avait peu de références autour de nous à cette époque. Dans un premier temps, nous avons repris ce que nous connaissions bien, c'est-à-dire le modèle de la thérapie d'abstinence pour l'appliquer à l'Eventail. Mais petit à petit nous y avons amené quelques aménagements sans changer l'essence de la communauté.

En ce qui concerne les statuts : effectivement là nous avons mis en place des modifications. La thérapie d'abstinence se fait en trois phases avec une quatrième phase de réinsertion professionnelle. Pour les résidents de l'Eventail vue la complexité de certaines situations, une grande vulnérabilité aussi aux rechutes lors des sorties, il nous était difficile de maintenir ce programme avec des phases limitées dans le temps et dans les objectifs. Nous avons donc développé il y a un peu plus d'une année un nouveau programme et lorsqu'un résident arrive à l'Eventail actuellement, il entre dans une première étape qu'on appelle « l'Accueil » et qui va durer trois mois. Pendant cette étape, les intervenant et le résident élaborent les objectifs thérapeutiques. Et suivant le programme défini, le bilan de la phase « d'Accueil » a lieu et marque pour le résident son entrée soit dans un statut qu'on appelle « Développement » soit dans un statut appelé « Foyer ». Le statut « Développement » dure plus ou moins six mois avec comme objectif un projet de réinsertion classique à la façon du Levant, c'est-à-dire avec une participation à la vie de notre centre de réinsertion professionnelle et une possibilité de construire l'abstinence. Ce n'est pas une nécessité, nous ne demandons pas aux gens de viser l'abstinence et un sevrage de méthadone pour intégrer la phase de « Développement ». D'ailleurs la réinsertion socio-professionnelle au CRP, le centre de réinsertion professionnelle du Levant, avec méthadone est possible, et nous avons des situations de gens qui vont faire ce travail – comme les gens qui viennent de l'abstinence – avec leur méthadone. En ce qui concerne le « Foyer » la durée est là toujours indéterminée, ce sont des situations qui demandent plus de temps et où le projet de l'insertion est plus axé sur l'aspect social de nos résidents. C'est un projet qu'on travaille et construit avec le réseau, puisque pour ces gens là le réseau





est important. Il y a évidemment la possibilité de passer de l'une de ces étapes à l'autre suivant l'évolution de la personne.

En ce qui concerne les activités, nous avons une équipe pluridisciplinaire qui a permis d'offrir des champs d'action divers sur différents niveaux. A côté des différentes occupations, il y a l'entretien de la maison, la bonne marche du centre. Les journées sont rythmées par les groupes thérapeutiques, par les entretiens et un éventuel suivi individuel, par les rendez-vous hebdomadaires avec l'infirmier et avec notre médecin psychiatre, les activités sportives, il y a aussi plusieurs ateliers et enfin des activités de soin corporel, comme par exemple sauna, relaxation, acupuncture.

Encore un petit mot sur la collaboration médicale : au début de l'expérience nous pensions que le suivi de nos résidents avec les médecins prescripteurs à l'extérieur pourrait se poursuivre mais nous nous sommes rapidement aperçus que c'était une difficulté souvent ingérable, puisque les résidents provenaient de cantons différents et qu'il y avait certains médecins qui souhaitaient transmettre leurs dossiers une fois que leur patient était dans le résidentiel. C'est ainsi que dès 1999 le suivi médical a été confié au service de médecine et psychiatrie pénitentiaire, le SMPP, du Professeur Bruno Gravier qui met à notre disposition un pourcentage de temps de l'un de ses collaborateurs. Actuellement il s'agit du Docteur M. Benmebarek et ce depuis l'année 2000. C'est lui qui vient dans la structure, il y consacre une après-midi par semaine de consultations et participe également à un moment du colloque hebdomadaire. Il est le seul à être pour nous habilité à discuter voire à modifier le traitement médicamenteux, et c'était important pour nous de bien séparer, ce n'est pas aux intervenants socio-éducatifs de prescrire ou de discuter la médication. Il va de soi que ses interventions se font en étroite concertation avec l'équipe. La qualité de sa collaboration est essentielle afin de bien définir le contexte institutionnel dans lequel se fait la prise de la méthadone et d'éviter toute triangulation entre médecin, résident et l'équipe. Nous avons aussi dès le départ inclus dans notre équipe un infirmier qui s'occupait en fait de toutes les situations méthadone de la Fondation, et comme il y a eu une augmentation dans ce sens chez les résidents - je parlais avant de la Pichollette avec de la méthadone - nous avons étoffé ce service en 2002 en créant un « service santé » composé de trois infirmiers, un pour la gestion administrative, un autre attaché directement à la Pichollette, et enfin un troisième pour l'Eventail.

Je vais maintenant passer la parole à mon collègue Philippe Beytrison qui va ouvrir la discussion sur nos observations, réflexions et interrogations concernant cette pratique.

Merci Laurent, Bonjour Mesdames, Messieurs,

Pour répondre à cette question : en quoi la communauté thérapeutique est-elle modifiée par la présence du méthadone durant le traitement ?, je vous propose que nous fassions un petit tour du côté des communautés thérapeutiques telles quelles ont été redéfinies dans un congrès qui s'est tenu en Belgique en 1991. Ces travaux sont résumés dans le livre «La nouvelle communauté thérapeutique» de M. Georges van der Straaten et qui postule un certain nombre de points importants. A partir de ces points, nous allons articuler la réflexion que nous avons faite, comment maintenir les points fondamentaux de la communauté thérapeutique tout en y introduisant la méthadone.

Sur le premier point 'une communauté thérapeutique est un endroit sans drogue', permettez-moi de rappeler que la méthadone est un produit psychotrope et qu' à ce titre il figure encore et toujours sur la liste des stupéfiants au sens de la loi.

Ce matin nous avons vu que la méthadone induit diverses représentations selon le point de vue ou on se trouve et nous souhaitons compléter un certain nombre de choses qui ont été dites, à partir de notre observation. Nous avons fait cette réflexion de façon empirique, à partir de la pratique, de la collaboration avec d'autres partenaires du réseau et aussi évidemment avec nos collègues dans les centres de traitement, les résidents et les familles avec qui nous travaillons.

Une première représentation possible est celle qu'on perçoit à travers ce qui s'exprime dans le cadre des rencontres du réseau, avec nos partenaires médicaux essentiellement : la méthadone est vue comme un produit de substitution, comme un produit de maintenance, comme un frein à la délinquance. En ce qui concerne les collègues des équipes socio-éducatives, la méthadone est perçue essentiellement comme un produit stupéfiant, de substitution, comme un médicament, comme un





moyen, comme une béquille. Pour les résidents, la méthadone est à la fois un bon et un mauvais objet selon les moments, alternativement donc la méthadone peut être perçue de leur point de vue comme une béquille ou un médicament ou aussi comme un produit qui les maintient dans une forme de dépendance. Pour les familles, avec lesquelles nous collaborons depuis très longtemps dans le cadre de la Fondation du Levant, la plupart du temps ce qui est dit est que la méthadone est perçue comme un mauvais objet, en terme d'image dévalorisante pour elles : je parle ici des familles dont les enfants sont à l'Eventail par rapport aux familles qui sont présentes en même temps qu'elles aux séances d'information, familles qui elles se sentent sur-valorisées quand leur enfant est dans un centre d'abstinence. C'est quelque chose qui est important qu'on retravaille avec les familles lors des entretiens de famille parce que on sait tous ici dans cette salle que la notion de représentation va fonder un certain nombre d'attitudes et de pratiques. A partir de là, comment considérer la méthadone ? Comment la définir ? Finalité ou moyen ? Nous y reviendrons.

La communauté thérapeutique représente une société en miniature où les règles clairement définies visent à stimuler les processus de changement des résidents. Ce que nous avons observé depuis le début de l'ouverture de l'Eventail et plus tard de la Pichollette à la méthadone c'est que les résidents ont besoin d'une présence forte de l'équipe comme repère structurant. Cela signifie que nous avons dû très clairement préciser un certain nombre de règles qu'avec Guy Ausloos on pourrait distinguer entre grandes règles et petites règles. Les grandes règles étant tout ce qui a trait au respect de chacun, mais aussi au respect de la communauté en tant que lieu de vie et en tant qu'entité réelle. Donc les grandes règles vont intégrer des choses qu'on déjà été dites ce matin par rapport à la violence, par rapport à la consommation de produits non-prescrits ou par rapport aussi à la surconsommation de produits prescrits parce que je pense que ce n'est pas à négliger non plus dans la pratique, que ce soit la méthadone ou d'autres produits comme les benzodiazépines par exemple.

Les efforts personnels et l'aide mutuelle sont les piliers du processus thérapeutique et je vous laisse lire la suite qui est importante: 'Le résident est le premier protagoniste responsable de l'aboutissement de son évolution'. Dans la pratique nous avons vu que, vu la complexité des situations que nous accueillons et Laurent en a parlé avant, il est extrêmement important de pouvoir s'appuyer sur l'entourage familial, mais aussi sur le réseau qui est, dans la majorité des situations, pré-existant, et de poursuivre cette collaboration tout au long du séjour des résidents chez nous.

Le maintien du bien-être de la communauté, on l'a vu, passe à travers des grandes règles et des petites règles, mais aussi à travers l'aménagement d'un certain nombre de réalités thérapeutiques. Je vous donnerai simplement un exemple ici des aménagements qu'on a dû faire au niveau des groupes. On a une longue expérience dans le cadre de la Fondation du Levant de ce qu'on appelle les groupes thérapeutiques, on a une expérience qui s'inscrit dans une tradition d'abstinence. Ce que nous avons perçu, ce que nous avons observé, de manière tout à fait empirique et dans la pratique, c'est que les groupes avec les résidents de l'Eventail présentent une autre dynamique qui est marquée par des moments de somnolence, de difficulté d'attention, de concentration, de « fatigabilité », ce qui signifie que nous avons dû aménager les groupes en terme de fréquence, en terme de durée, mais aussi en terme de nombre de participants parfois. Ceci est renforcé par une particularité que nous observons beaucoup à l'Eventail, c'est le sentiment que les résidents sont très souvent « autocentrés », centrés sur eux-mêmes, sur leur pensée, sur leur manière d'être en relation. On a l'impression que la notion d'appartenance à un groupe, à une communauté, est relativement réduite chez eux par rapport à ce qu'on a pu observer dans d'autres contextes, et nous avons le sentiment de devoir prendre compte de cette variable.

Ce que nous observons aussi avec les résidents de l'Eventail, que ce soit encore en groupe ou lors d'autres moments de la journée, ou lors de suivis plus individuels, c'est le sentiment que leur pensée s'organise dans une logique binaire autour de la méthadone, avec une logique de consommation ou de peur du manque. Ceci est renforcé par la distribution qui ponctue la journée (pour certains il y a jusqu'à quatre distributions de méthadone par jour) ce qui nous a poussé à réfléchir avec eux sur le lien au produit de substitution, à la méthadone, au même titre que nous réfléchissons avec eux sur les liens qu'ils font avec les produits qu'ils ont consommés pendant longtemps, héroïne, cocaïne etc. Donc, on le voit, on est toujours dans une question de représentation.





Très rapidement on s'est aperçu dans le cadre de l'Eventail que la question des fins de traitement était quelque chose de complexe, de difficile, qu'on n'était pas toujours au bout d'un traitement, qu'il fallait parfois négocier ce qu'on appelait des « sorties prématurées », ce qui signifie de travailler en collaboration encore une fois avec le réseau, peut-être aussi de réfléchir en terme d'autres lieux, peut-être aussi de réfléchir en terme de retour possible. Ce qu'on s'est demandé c'est si il ne fallait pas transformer l'Eventail en ce qu'on a appelé « un EMS social », notamment pour les résidents qui n'avaient pas de perspectives de réinsertion, notamment sur le plan professionnel. Laurent vous a décrit tout à l'heure les différents statuts possibles dans le cadre de l'Eventail, donc effectivement il y a des gens qui restent longtemps, qui n'ont pas de projets de réinsertion, donc la suite va s'organiser sur un autre mode que pour les résidents qui vont passer dans la structure de développement et qui vont pouvoir faire un projet de réinsertion professionnelle, y compris avec la méthadone.

Quelque chose de central qui paraît évident mais qui est toute aussi important à rappeler de temps en temps: les communautés thérapeutiques doivent conserver leur identité et revoir régulièrement leur raison d'exister. Je crois que c'est valable pour l'ensemble des traitements. Evidemment l'introduction de la méthadone a posé les bases d'une réflexion globale, il y a aussi eu des questions parfois déchirantes pour certains collègues de savoir s'il pouvaient continuer à travailler dans une maison qui allait prescrire de la méthadone (certains ont dit non et sont partis, cela a été évoqué aussi ce matin). Au début je crois qu'il y avait une certaine confusion : à l'Eventail, la méthadone était avant tout considérée comme « un critère d'admission » en vue d'une finalité qui était l'abstinence. C'est un petit peu ce qu'expliquait Laurent avant, que peut-être il y avait l'idée stimuler, de pousser les résidents à devenir abstinents pour aller dans un des centres d'abstinence.

Or, on peut dire actuellement que la méthadone, au même titre que l'abstinence est un moyen, ce qui pose la question suivante : est-ce qu'un critère d'admission peut être un moyen ? Nous ne le pensons pas. Ce qui nous a amené, entre autres, à repenser nos finalités et nos moyens, et ce sera sur cette perspective que je vais terminer.

J'ai envie d'intituler cette dia « au-delà de la méthadone » dans la mesure où la présence de la méthadone ne nous a pas simplement poussé à faire un petit peu de place à la méthadone tout en ne changeant rien d'autre, mais à une réflexion de fond et complète sur les finalités et les moyens. A en croire Alain Ehrenberg, sociologue qui a beaucoup écrit sur la question de la dépendance, l'individu aujourd'hui c'est de « l'autonomie multi-assistée ». Nous préférons concevoir pour notre part l'autonomie comme une triple indépendance: indépendance par rapport à tout produit (donc y compris la méthadone, la médication ...), indépendance affective et indépendance socio-économique et sociale.

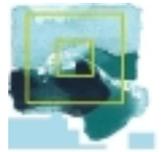
Nous sommes bien conscients qu'il existe différents degrés d'autonomie et que l'indépendance absolue n'existe pas, sauf peut-être, et là je propose une pirouette, à travers une phrase de Sylvie Geismar-Wieviorka qui a écrit que les toxicomanes vivent dans un idéal de super-indépendance et que finalement peut-être l'essentiel de notre travail est de reprendre cette question-là avec eux.

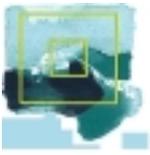
Une finalité qu'on entend souvent également dans le cadre des contacts dans le réseau, c'est la finalité qu'on appelle « la rétention dans le réseau des soins ». Pour notre part, nous préférons rester très réservés quant à cette idée et nous proposons la formule suivante : la rétention dans le réseau de soins est une nécessité provisoire, en paraphrasant en quelque peu Edgar Morin, qui dit qu'il n'y a que des certitudes provisoires. Ceci nous permet d'illustrer une possibilité de processus perpétuel et de dynamique qui va vers la construction de l'autonomie.

Réflexion sur la finalité, mais qui dit finalité dit aussi moyen, et actuellement nous continuons à construire, à développer des moyens, dans le cadre des communautés thérapeutiques (avec ou sans méthadone, avec ou sans abstinence). Le travail avec les familles : on continue d'y réfléchir de manière importante dans une perspective systémique et puis évidemment nous continuons de développer les perspectives de collaboration en réseau parce que c'est une nécessité et que je crois que ça permet de mieux travailler pour les clients que nous recevons.

Merci de votre attention.







M. Hervé Durnat, directeur

M. Pierre Mancino, éducateur, M. Yves Monnier, éducateur,
CRMT, Genève

1. Contexte historique et politique pour la mise en œuvre du projet MTD au CRMT.

Préambule historique, et processus de mise en place du projet :

Le CRMT est né en 1985, son programme d'origine, un centre de crise de type B, Post sevrage hospitalier, permettait de répondre aux demandes d'usagers désirant stabiliser leurs situations psychiques, physiques et sociales dans une structure de vie collective sécurisée d'une part et d'autre part, de permettre aux usagers d'expérimenter dans ce contexte un nouveau mode d'existence, par une expérience d'abstinence d'une durée limitée à 4 mois.

De 1985 à 1988 les professionnels du CRMT appréhendaient leur pratique avec des valeurs et des représentations propres à la notion d'abstinence définie par le concept de prise en charge du moment.

Par ailleurs, Un courant idéologique s'imposait en ville de Genève, ce groupe de praticiens concerné par les pratiques du Canton, provoqua la tendance de la réponse «du tout méthadone » par une campagne d'affichage, avec comme titre d'affiche évocateur: « *La Méthadone est un stupéfiant* » Nous étions là dans la radicalisation des discours.

A l'époque les traitements de méthadone étaient perçus au sens large, comme « concurrentiels » à nos traitements, et écartaient à notre avis l'accessibilité aux programmes d'abstinence. Ces traitements donnaient l'impression d'écartier l'utilisateur de ce possible. Ce fut une période de polémiques avec le monde médical, la rédaction d'un article de presse par le directeur en poste, intitulé « *Les dealers en blouse blanche* » provoqua d'une part les sensibilités politiques et créa d'autre part des conflits avec d'autres professionnels du réseau.

Nous brandissions des étendards philosophiques et des valeurs uniques pour appréhender la complexité de cette problématique multidimensionnelle. Nous étions stigmatisés et marginalisés dans nos pratiques. La crise était bien installée...et pour conséquence, le directeur du CRMT dû quitter ses fonctions avec effet immédiat.

Cette crise à posteriori a permis de mieux redéfinir notre approche et tenir compte de la réalité sanitaire et sociale. Elle nous a rendu plus modeste, moins utopique et plus réaliste devant d'une part, l'ampleur du problème HIV et d'autre par les actions des limitations de risques entreprises sur le terrain des consommateurs.

Nous devons nous resituer dans une réponse moins absolue et plus adaptée aux besoins des consommateurs et de leurs réseaux de soins. L'accessibilité au résidentiel et son programme d'abstinence était dès lors interpellé par l'ensemble des acteurs.

Dés 1990 les représentations et les pratiques résidentielles ont progressivement changé. On considérait les traitements de méthadone comme complémentaires au notre et permettant par cela un suivi ambulatoire régulier et à plus long terme.

Le processus d'abstinence pouvait avoir une opportunité à tout instant, si pour autant le thérapeute puisse le suggérer.

Néanmoins il n'était pas encore question pour notre Association d'ouvrir à des traitements de méthadone, ceci malgré l'introduction parcimonieuse de traitements antidépresseurs dans notre programme. Cette position confortait l'idée que les traitements substitutifs à la méthadone devaient être une solution ambulatoire et complémentaire à la notre. Distinguer les deux approches thérapeutiques était nécessaire.





L'ouverture en 1998, de notre centre de jour ambulatoire, *l'Entr'acte* a contribué à décloisonner nos pratiques résidentielles en créant un pont entre les différentes structures de soins en favorisant la collaboration entre secteur.

Les échanges entre professionnels ont permis à l'équipe d'Entr'acte d'apporter leurs connaissances du milieu résidentiel et de pouvoir faire exister cette possibilité dans les autres offres thérapeutiques de manière complémentaire.

Les échanges d'information à l'entracte, avec des consommateurs de cocaïne et sous traitement de méthadone, ont permis de cerner un réel besoin chez eux.

Dans ce contexte de poly-toxicomanie, l'approche du « tout sevrage » pour tenter un séjour résidentiel était trop exigeant. Si par contre avoir la possibilité de garder le traitement, pourquoi ne pas tenter celui-ci. Quitter la cocaïne : oui. Vivre en communauté pour sortir de l'isolement : oui. Faire le point sur la situation sanitaire et sociale : oui.

L'ensemble de ces questions liées à l'accueil de personnes sous traitement ont été intégrées en 1999, lors de la mise en œuvre avec l'ensemble des équipes d'Argos d'un nouveau concept de prise en charge adapté aux structures de notre association.

De nombreux échanges avec d'autres professionnels et autres institutions ayant déjà expérimenté cette pratique, ont conduit la direction d'Argos à pouvoir présenter un projet expérimental au département de l'action sociale et de la santé en octobre 2001.

Nous proposons 5 places sous TTT sur une capacité d'accueil de 12 et pour sur une durée expérimentale de 12 mois. Au terme de cette expérience nous proposons une évaluation avec les partenaires.

La question de la mixité des populations étant l'objet principal de l'étude. Si sur le fond du dossier il n'y a pas de réticences, malgré un souci de préserver cette notion d'abstinence offerte par notre programme.

Le contexte politique par la voix du conseiller d'Etat est significative :

Cf : Lettre de Monsieur Unger Conseiller D'Etat : Lecture partielle.

Je le cite :

« L'élargissement des critères d'accueil du centre résidentiel à moyen terme aux personnes toxicomanes suivant un traitement de substitution correspond à une adaptation logique de l'association Argos face à l'évolution de la demande des personnes toxicomanes. Cette évolution correspond également à une tendance déjà constatée dans les Cantons voisins. Il reste cependant important de conserver à Genève une offre spécifique en faveur des personnes toxicomanes dont le projet est l'abstinence et je prends note que votre programme expérimental est limité à un an pour cinq personnes sur les douze places disponibles. Je suivrai avec intérêt les résultats des évaluations proposées afin de déterminer la suite à donner à ce changement et ses conséquences sur le fonctionnement de l'association Argos, dont l'objectif reste de mener les personnes à l'abstinence. »

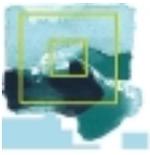
Le département a par ailleurs demandé de clarifier des questions de forme.

Des questions d'ordre juridiques sont apparues, par exemple : qui va administrer les traitements ?

La question du stockage ? Le transport ? et qui devait être le responsable du traitement ?

Devons-nous changer de statut, et passer à un établissement médico-social ?





Le cadre de la Loi Cantonale Genevoise est très restrictif à cette égard.

Nous avons dû interpellier le médecin cantonal, le pharmacien cantonal pour trouver une solution juridique et médicale la plus adaptée à notre projet et son intégration dans le champ socio-éducatif. La réponse de notre Département a très clairement affirmé : Que notre mission socio-éducative ne saurait être assimilée à quelconque structure médicale, le stockage, la distribution resterait exclusivement du domaine et de la responsabilité médical, et en aucun cas l'équipe éducative pourrait si substituer.

Dès lors il nous restait la question de l'administration lors de sortie en W-E ou en camps et de fait selon les réponses administratives possibles, elles risquaient de compromettre la mise en œuvre de notre projet.

Nous sommes donc reparti en négociation avec les autorités compétentes et ce n'est seulement qu'après une série de rencontres qu' une solution a pu être trouvée avec tous les partenaires impliqués dans ce projet expérimental.

Une convention de travail avec la médecine communautaire et une autorisation du pharmacien Cantonal a permit le déblocage de la situation des W-E et camps et à permit en juillet 02, la réelle mise en route du projet.

Nous sommes rentré dans la phase active de sa mise en place avec l'équipe éducative, le pharmacien local et le médecin consultant de l'unité de la médecine communautaire.

En septembre 2002 les trois premiers résidants sous TTT ont pu entrer dans notre institution.

Le pilotage et l'évaluation du projet c'est déroulé selon deux axes, le premier sur les effets dans les pratiques des éducateurs.

Ceux-ci ont dû répondre à 5 questions et en 3 moment « T » durant cette phase expérimentale. Sur deuxième, l'axe clients résidants, où ceux-ci ont dû répondre à 3 questions d'évaluation proposées à la fin de leurs séjours.

Je laisse la parole à Yves Monnier éducateur au CRMT qui vous présentera les résultats du premier axe, le regard de l'équipe éducative.

Interviendra ensuite Pierre Mancino Responsable d'Entr'acte il présentera le deuxième axe, Celui des clients résidants.

En dernier lieu, si le temps nous le permet, nous serons disponible pour répondre à vos éventuelles questions.





2. Résumé du rapport d'évaluation

Demande

A la demande des personnes toxicodépendantes et des médecins des structures de soins privées et publiques, l'association ARGOS a pris la décision de principe d'accueillir des personnes sous traitement de substitution (méthadone) au sein des patients sevrés de ses institutions résidentielles.

Période d'expérimentation

Avant de se prononcer définitivement, le Président du DASS a souhaité une période d'expérimentation d'une année aux conditions suivantes :

1. Lieu d'accueil : Centre résidentiel à moyen terme (CRMT)
2. Nombre de personnes : au maximum cinq personnes à la fois, afin de conserver un équilibre entre personnes sevrées et celles sous traitement.
3. Lieu d'administration de la méthadone : en dehors du lieu résidentiel (pharmacie).
4. Suivi médical : les personnes conservent leur médecin traitant.

Partenaires de l'évaluation

L'évaluation a été établie comme suit :

1. Patients et équipe éducative : trois évaluations au cours des douze mois.
2. Institutions médicales partenaires : une appréciation globale
3. Médecin consultant et pharmacien : une appréciation globale

Evaluation par les professionnels

Modification des pratiques professionnelles : elles ont été peu importantes. Toutefois la nécessité d'apporter des ajustements organisationnels est apparue.

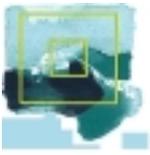
Cohabitation entre les patients sous traitement méthadone et ceux sevrés : elle a été vécue comme positive et les interactions ont été considérées intéressantes

Modifications dans la dynamique du programme thérapeutique : le programme thérapeutique de base n'a nécessité que peu de modifications. Cependant les enjeux sont différents selon que l'objectif est l'abstinence ou non.

Difficultés liées à l'application du projet : certaines difficultés ont été constatées. Les préoccupations des patients sous traitement sont orientées vers la baisse du dosage et du sevrage et occultent les autres sujets.

Poursuite du projet : D'une manière très claire l'équipe souhaite que le projet soit poursuivi car la méthadone ne modifie pas les motivations à l'abstinence, que la mixité est stimulante pour les résidents avec traitement. Elle souhaite que les patients sous traitement puissent avoir ainsi la possibilité d'envisager un sevrage ultérieur.





Evaluation par les résidents

Cohabitation entre les patients sous traitement méthadone et ceux complètement sevrés : la majorité des patients jugent positivement la cohabitation. Si les patients sous substitution ont eu à faire face à la réticence de certains résidents, d'une manière générale ceux-ci se sont malgré tout sentis acceptés et leurs différences prises en compte.

L'ensemble des patients marque un taux d'acceptation de la cohabitation à hauteur de 75 %. Il est de 69% pour les personnes sevrées et 84% pour celles sous traitement.

Modifications dans la dynamique du programme thérapeutique : Dans leur majorité les patients n'ont pas perçu de changements. Entre les patients il n'y a pas de discrimination liée au programme.

Malgré l'administration propre à la méthadone (à la pharmacie), ce produit est perçu comme un autre médicament.

Poursuite du projet : deux tendances fortes se manifestent. Les 2/3 des patients interrogés estiment que le projet doit être poursuivi. Il donne l'envie d'arrêter la consommation. Le CRMT devient un lieu qui permet de construire un projet de vie pour les patients qui ne sont pas prêts à un sevrage rapide. De l'avis du 1/3 restant des patients, l'institution n'est pas adaptée pour les sevrages. Ceux-ci estiment que le passage en milieu hospitalier est nécessaire.

Conclusions

Les institutions médicales concernées et les professionnels du terrain estiment que ce projet est réaliste et souhaitent qu'il soit poursuivi.

Hormis certaines individualités, les patients trouvent des avantages à l'ouverture de notre accueil en indiquant l'importance de mettre à disposition des prestations aidant à l'abstinence aux personnes qui ne sont pas encore prêtes à effectuer un sevrage rapide.

La cohabitation entre patients sous traitements et patients sevrés s'est déroulée mieux que nous l'espérions. L'obstacle des représentations des uns et des autres a pu être levé.

Nous souhaitons relever la qualité de la collaboration des partenaires médicaux qui ont fait preuve de disponibilité et ont démontré un grand intérêt à ce projet. Par ailleurs la collaboration avec la pharmacie de Chêne-Bougeries a été excellente. La collaboration de M. Tosi a largement facilité l'accompagnement de nos patients.

Propositions

Au terme de cette année d'expérimentation, nous souhaitons obtenir l'autorisation d'accueillir des patients sous traitement de substitution en milieu résidentiel. Nous voulons cependant mettre en évidence que le 20% de poste médical mis gracieusement à notre disposition par la médecine communautaire est indispensable à la bonne marche et à la sécurité de cet accueil.

Par ailleurs les problèmes pratiques liés aux patients à métabolisme rapide devront trouver une solution spécifique.

Sous réserve de l'examen des points cités plus haut, nous proposons de poursuivre ce projet sur une nouvelle période de 12 mois, dans les mêmes conditions et le même cadre que celui qui a prévalu jusqu'à lors. Cependant, au terme de l'année 2004, après une plus longue expérience et un meilleur recul, nous désirons pouvoir réexaminer la pertinence de ces paramètres, en concertation avec les acteurs concernés.





3. Rapport d'évaluation complet

Préambule

La question de la prise en charge de personnes sous traitement de méthadone dans un programme résidentiel s'est posée dans le courant de l'année 1999 au sein d'Argos.

En effet les nombreuses demandes effectuées par les usagers et les médecins des divers services de soins à Genève ont interpellé l'équipe de notre centre de jour « Entracte » afin de réfléchir sur la possibilité d'accueillir en résidentiel des personnes sous traitement.

En 2000 les responsables d'Argos et leurs équipes ont intégré cette question dans la mise en place d'un nouveau concept de prise en charge global dénommé « parcours Argos ».

Dès lors nous avons rencontré différentes institutions résidentielles qui avaient déjà intégré dans leurs programmes les traitements de méthadone, pour les citer : Le Radeau à Fribourg, le Levant à Lausanne, Villa Flora à Sierre. D'autre part nous avons rencontré les responsables de la Division d'abus de substance et le service de la Médecine Communautaire à Genève pour éclaircir nos questions d'ordres médicales et de collaborations possibles.

La conceptualisation pratique de ce projet, afin qu'il puisse être sécurisé et être compatible avec notre programme socio-éducatif, devait intégrer les différentes autorisations nécessaires à la pratique médicale des traitements sous substitutions.

Nous avons pour cela convenu avec nos différents partenaires de projet, un cadre précis dans lequel l'expérimentation pourrait s'opérer. Ces différentes rencontres ont permis de soumettre au Département de l'action sociale et de la santé la demande officielle.

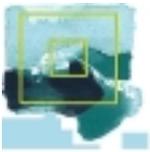
L'autorisation fut finalisée le 6 décembre 2001 par le Chef du Département, aux conditions générales suivantes :

- Lieu résidentiel : le CRMT (programme de 1 mois à 6 mois)
- Accès limité par séjour à cinq personnes maximum sous traitement (garantir la proportionnelle abstinence, 5 sous traitement pour 7 sans.)
- Durée de l'expérience limitée à un an.
- Suivi médical assuré par le service de la Médecine Communautaire (Interface entre les médecins privés ou autres institutions de traitements autorisées)
- L'administration des traitements assurés par une pharmacie locale (pharmacie de Chêne-Bougerie Mr Tosi)
- Conditionné aux directives du Médecin et Pharmacien Cantonal.(Stockage, Transports à l'étranger)
- Evaluation finale du projet soumise à l'appréciation du Département (DGASS) pour la poursuite ou non de l'expérience.

Réunissant toutes ces conditions en juillet 2002, l'équipe du CRMT et les partenaires du projet ont pu finaliser les derniers aspects fonctionnelles afin de pouvoir intégrer le 17 septembre 2002 les trois premiers résidents dans le programme thérapeutique du lieu.

Le suivi du projet permettant de faire l'évaluation finale, c'est réalisé en trois moments « T » selon un canevas de questions précises et orienté sur : 1) les usagers, 2) les collaborateurs professionnels. D'autre part une appréciation globale de l'expérience pratique par le médecin, Madame Véronique Burquier et le pharmacien Monsieur Philippe Tosi a été demandé. Nous vous livrons ici le suivi de l'expérience et l'analyse des résultats obtenus :

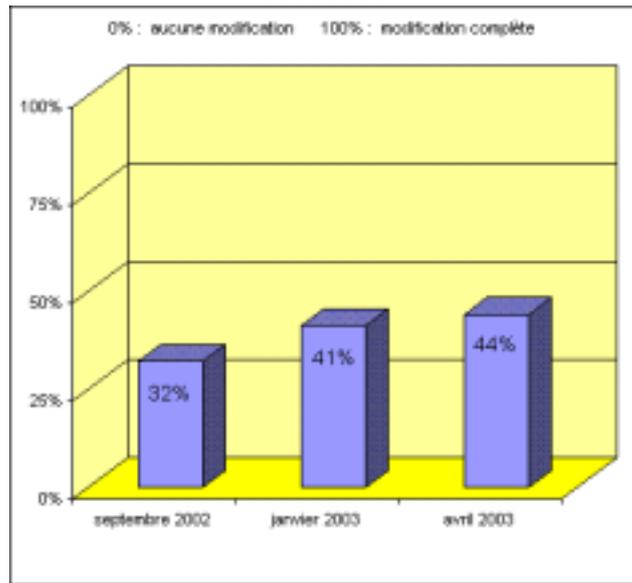




Evaluation des professionnels

On peut voir sur ce graphique que de manière générale, les professionnels ont peu perçu de modification de leur pratique professionnelle. Toutefois certaines réponses font apparaître la nécessité d'apporter des ajustements d'ordre organisationnel.

Modification de la pratique éducative



Nombre de réponses des professionnels : 10

Evaluation septembre 2002 : Ce sont particulièrement des modifications liées à l'organisation des horaires. Aménagement spécial pour les personnes sous substitution afin d'aller prendre leur traitement à la pharmacie

Un autre aspect de modification perçu par les professionnels est la possibilité d'aborder la question du manque avec des personnes sous traitement.

Evaluation janv. 2003 : Les modifications perçues sont liées à l'aspect médical de la prise en charge. La notion de surcharge se retrouve lors des colloques hebdomadaires.

L'équipe éducative a le sentiment d'une diminution du lien thérapeutique dans sa pratique.

Evaluation avril 2003 : Un aspect positif de cette prise en charge est l'élargissement au réseau et aux partenaires médicaux.

La notion des horaires et de l'organisation pour les questions de traitement restent d'actualité.



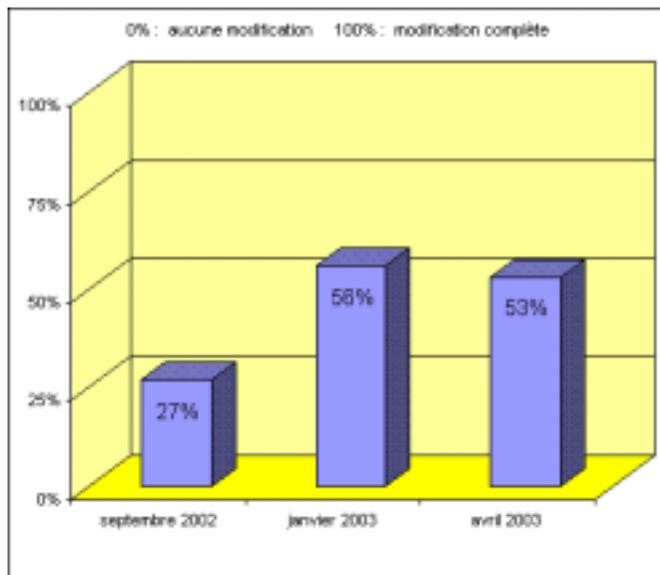


1.1. La dynamique entre résidents sous traitement et les autres, montre un réel

mouvement de différentes perceptions émotionnelles. Ces perceptions changent en fonction du statut et créent des réponses différenciées en fonction des besoins et des objectifs spécifiques.

La mixité¹ crée des interactions intéressantes positives, globalement cela n'a pas occasionné de grandes modifications

Modifications dans la dynamique de cohabitation dans le lieu de séjour



Nombre de réponses des professionnels : 10

Evaluation sept 2002 :

Pour l'équipe éducative il existe la perception que les personnes sous substitution ont moins de ressenti émotionnel.

Les personnes sous traitement ne se considèrent pas comme complètement abstinentes

Evaluation janv. 2003 :

La cohabitation incite et stimule à baisser le traitement de substitution. La présence de la méthadone dans le résidentiel amène plus de débat sur les produits et les traitements.

Les personnes sous traitements sont moins « confrontantes » lors des rechutes.

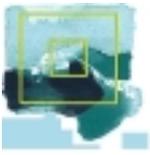
Evaluation avril 2003 :

La notion de sevrage reste importante dans le marquage des différences entre les personnes accueillies. Les partages sur des réalités différentes abstinents/personnes sous substitution sont plus riches et plus dynamiques.

Les professionnels perçoivent une relation entre ressenti émotionnel et baisse de la méthadone.

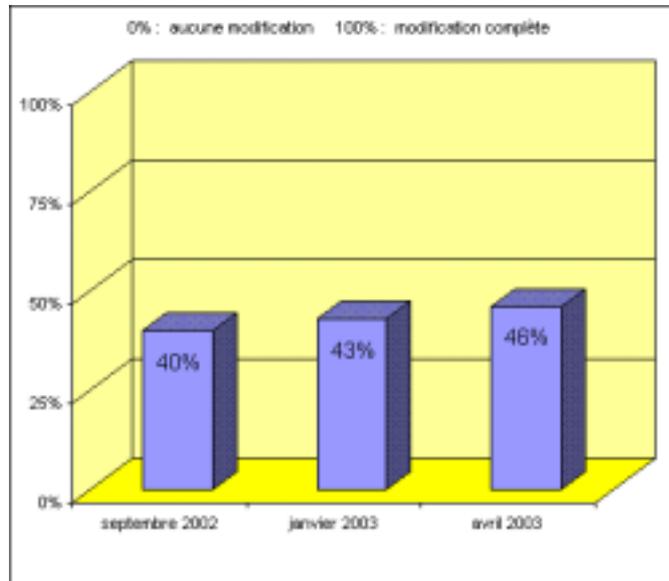
On remarque dans la progression du projet que la dynamique du programme n'a pas subi de grande modification.





1.2.

Modifications dans la dynamique du programme thérapeutique



Nombre de réponses des professionnels : 10

Evaluation sept 2002 :

Pour les professionnels, il devient nécessaire de prendre en compte deux réalités différentes. Une priorité est donnée aux personnes sous traitements en fonction de certaines situations. La référence (suivi éducatif) devient un lieu pour parler des traitements.

Evaluation janv. 2003 :

L'axe de l'abstinence n'est plus la seule cohérence de l'offre résidentielle. Les professionnels doivent s'ouvrir à d'autres besoins et objectifs.

Il y a toutefois peu de modification dans le programme de base.

Evaluation avril 2003 :

Les professionnels s'adaptent à cette nouvelle réalité. Les personnes sous substitution suivent le même programme que les résidents abstinents. Des enjeux apparaissent dans le parcours entre des objectifs différents (abstinence ou pas)

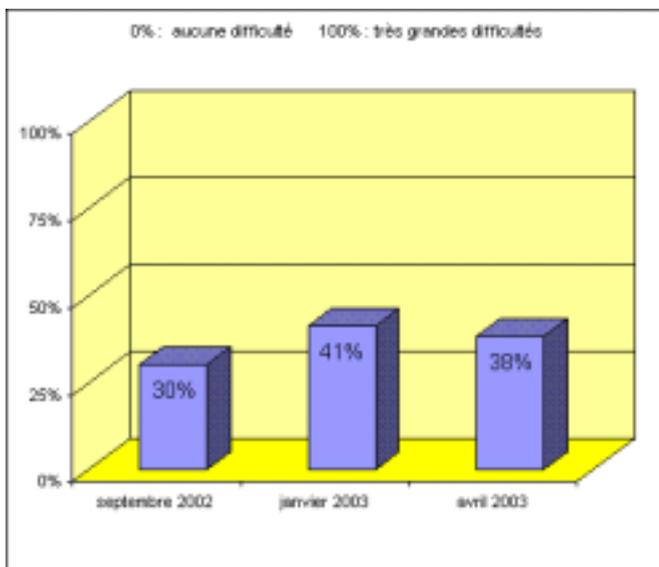




1.3.

On peut souligner que l'application du projet n'a pas rencontré de modifications significatives et importantes.

Difficultés liées à l'application du projet



Nombre de réponses des professionnels : 10

Evaluation sept. 2002 :

Apparaissent des charges supplémentaires en rapport à l'organisation générale. Les questions liées à la prise en charge de personnes sous substitution amènent une surcharge lors des colloques.

La collaboration avec les partenaires médicaux doit être améliorée pour un meilleur accompagnement des personnes sous substitution.

Evaluation janv. 2003 :

La perception d'un dosage maximale des traitements de substitution permet un meilleur travail sur le plan émotionnel.

Les éducateurs reçoivent plus de plaintes de la part des personnes sous substitution en fonction des contraintes du traitement.

Evaluation avril 2003 :

La baisse de la méthadone et le sevrage deviennent une très forte demande des résidents. Les autres sujets ont peu d'espace de préoccupation.

Il est important de déterminer l'adéquation et les conditions d'une baisse de traitement ou d'un sevrage avec les partenaires médicaux. Il faut également bien évaluer les conditions de sortie et à quel moment du parcours celle-ci intervient.

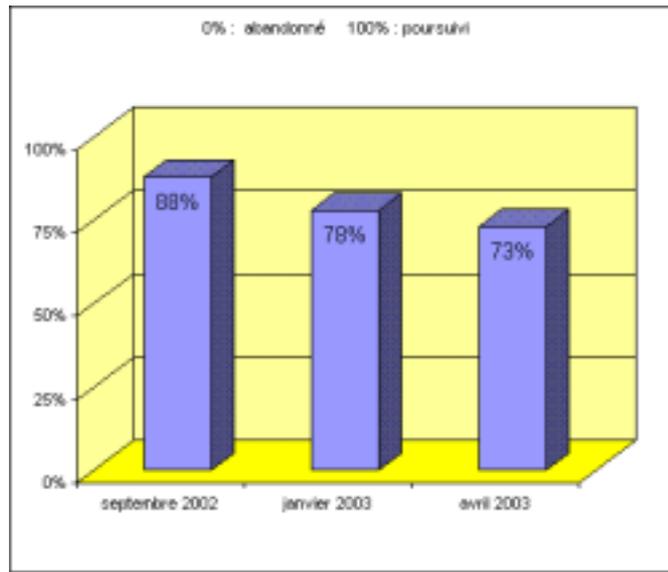




1.4.

Dans l'ensemble le projet doit être largement poursuivi, malgré une baisse due aux aspects liés aux contraintes de coordination entre les différentes pratiques professionnelles (médicale- sociale). Les espaces de temps de discussion (1H00/semaine) entre les différents acteurs professionnels ont limité la qualité du traitement de toutes les situations.

Le projet doit-il être poursuivi ?



Nombre de réponses des professionnels : 12

Evaluation sept 2003 :

Les résidents sous traitement suivent une évolution favorable. Les professionnels n'ont pas assez de recul pour avoir une position objective.
L'offre d'un cadre protégé à des personnes sous substitution est intéressante.

Evaluation janv. 2003 :

La méthadone ne modifie pas les motivations à l'abstinence. La mixité est stimulante pour les résidents avec traitement.

Evaluation avril 2003 :

L'offre est importante car elle permet de sortir d'un certain isolement social. Les personnes sous traitement peuvent percevoir la faisabilité d'un sevrage ou d'une baisse progressive et douce.
La réalité des pratiques professionnelles différentes doit être prise en compte afin d'assurer une meilleure coordination.





Evaluation par les residents

Généralités :

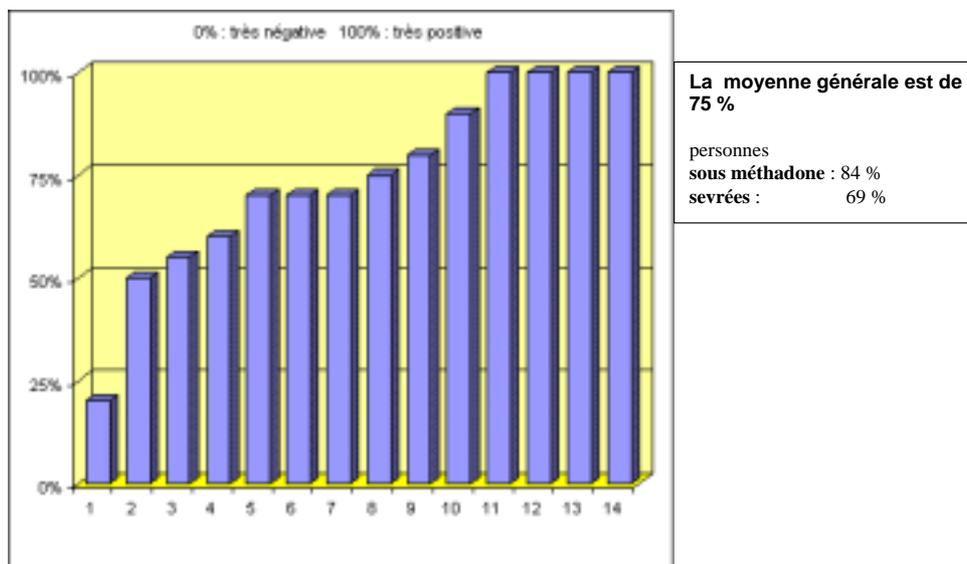
Le résultat des questionnaires remplis par les résidents lors de leur sortie du résidentiel donne une tendance générale de la vision et de l'adéquation du projet. En effet le nombre retreint de réponse (14) ne nous permet pas de proposer une évaluation qui aurait une rigueur scientifique. Néanmoins la vision générale nous permet de redéfinir et d'affiner tant les objectifs généraux, que les moyens apportés pour y répondre.

2.1.

La cohabitation est un élément dynamique et créateur de synergie pour des projets d'amélioration de qualité de vie et d'insertion.

Le dosage de méthadone doit permettre un travail sur les émotions.

Evaluation de la dynamique de cohabitation dans le lieu de séjour



Nombre de questionnaires reçus : 14

Positif :

Au fur et à mesure de l'expérience, les personnes sous substitution ont ressenti une plus grande acceptation et une meilleure tolérance de la différence.

Les professionnels sont garants de la cohérence du programme sans discrimination.

Négatif:

Le dosage de méthadone reste une question importante pour une bonne collaboration.

Le sevrage crée des tensions individuelles qui de fait de la cohabitation sont vécues par le groupe entier.

Les personnes sous substitution ont dû faire face à l'esprit borné d'autres résidents.

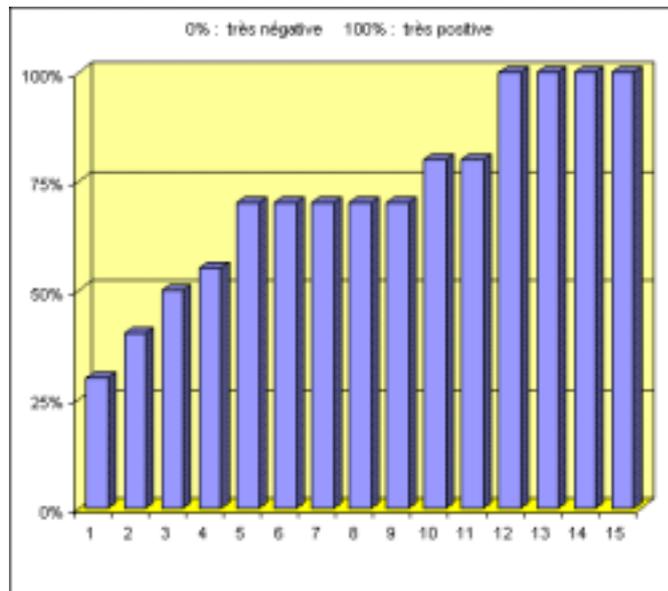




2.2.

Pour l'ensemble des usagers la dynamique lié au programme thérapeutique de subit pas de changement fondamental.
Le programme reste adapté aux deux types de prise en charge.

Evaluation de la dynamique du programme thérapeutique



Nombre de questionnaires reçus : 15

Positif :

Les résidents n'ont pas perçu de changement dans la dynamique du programme.

L'implication est demeurée la même pour les deux groupes.

La méthadone est prise comme un médicament et avec une grande régularité.

Les professionnels sont cohérents dans la prise en charge, pas de discrimination thérapeutique liée au programme.

Négatif :

Les personnes abstinentes font état d'une impression de retour en arrière.

Les visites de médecin créées des modifications de l'organisation générale.

De manière générale il faut apporter une attention particulière au moment de la sortie du résidentiel.

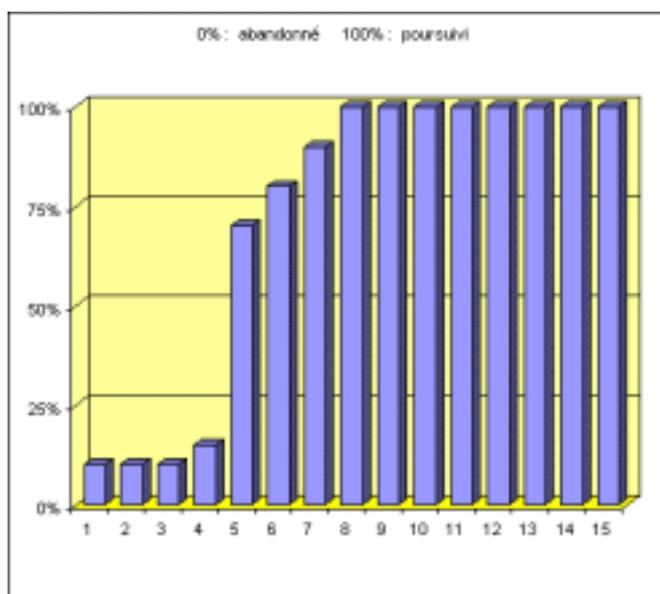




2.3.

La lecture des moyennes nous donne une tendance plutôt positive du projet pour les usagers. Les personnes sous substitution voient un grand intérêt au projet, tandis que les personnes abstinentes, même si elles sont positives, restent interrogatives.

Le projet doit-il être poursuivi ?



Nombre de questionnaires reçus : 15

Positif :

Le projet de l'accueil et de mixité est dynamique pour des projets d'abstinence, il donne envie d'arrêter.

Il faut un lieu de passage pour des personnes qui ne sont pas prêtes à un sevrage rapide.

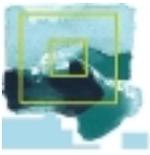
Ce projet permet l'accessibilité des institutions résidentielles à tout le monde.

Il donne également la possibilité de construire d'autres projets de vie.

Négatif :

L'institution n'est pas adaptée pour les sevrages, il faut étudier le passage en milieu hospitalier pour cette question.





Conclusions

Les professionnels du « CRMT » comme le médecin et le pharmacien estiment que la réalisation de ce projet c'est déroulé dans de très bonnes conditions, dû d'une part à l'excellente préparation du projet et au pilotage médico-social durant sa phase expérimentale.

Nous pouvons donc dire que globalement ce projet est réaliste et correspond bien aux besoins du groupe cible, (usagers de drogues sous traitement de substitution) L'aspect de la mixité engendré par le dispositif 5 sous traitements et 7 sans, donne entière satisfaction dans le sens où la dynamique de ces deux groupes engendre des interactions relationnelles vives et « confrontantes » sur les besoins et objectifs de traitements différenciés.

Chacun a pu au fil de son séjour se clarifier par rapport à sa situation personnelle, son désir de changement, ses potentialités et sa motivation et l'exposer aux regards des pairs.

L'approche du traitement résidentiel passe obligatoirement par l'aspect symptomatologie de l'usage de produit légal ou illégal. Il semble nécessaire de faire des distinctions d'usage et chaque résidant a pu clarifier son rapport aux produits et dans ce sens là, s'est confronté à la perception et la compréhension de l'autre. Il n'en demeure pas moins que derrière tout cela, se cachent d'autres aspects conditionnant cet usage. Ceux-ci sont exprimés par chacun, la différence liée uniquement au traitement à vite été estompée au profit d'une compréhension et d'une reconnaissance en tant qu'individu.

On pourrait relever une altération dans des échanges de type émotionnel et dans certaines situations en fonction du dosage de méthadone de la personne, un décalage entre celle sous traitement et l'autre sans. Il va sans dire que la personne sans traitement est aussi plus sensible aux variations de ses humeurs et aux contextes qui les font exister.

En conclusion sur l'aspect de la mixité, nous pouvons relever qu'elle permet une bonne dynamique de changement ou de stabilité selon les objectifs et les personnes. En aucun cas cette mixité péjore le travail d'une personne ou d'un groupe en particulier.

La durée des séjours correspond bien à l'attente des usagers comme celle des professionnels.

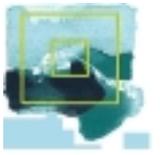
Le lien de collaboration entre le champ médical et social du CRMT a été de très bonne qualité, les partenaires souhaiteraient si le projet se poursuit, avoir un temps à disposition plus conséquent, pour être dans une meilleure qualité de travail et surtout pouvoir mieux coordonner les actions thérapeutiques pour le patient-usager. Un 10% de temps médical n'est pas suffisant pour 5 personnes en traitement une fois par semaine, surtout pour les échanges avec l'équipe éducative. Un 20% d'apport médical pour traiter les patients et réguler les échanges entre le médecin et l'équipe éducative, nous paraîtrait nécessaire et réaliste.

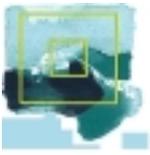
Le travail de collaboration avec le pharmacien a été d'une très grande qualité, sa disponibilité et son professionnalisme ont largement facilité l'accompagnement de nos usagers.

Si le projet est validé, il serait nécessaire de pouvoir encore clarifier quelques détails techniques liés aux traitements de personnes à métabolismes rapides.

En espérant que cette expérience profite à terme aux usagers et aux professionnels concernés, nous souhaitons vivement qu'il puisse recevoir l'aval du département de l'action social et que cette nouvelle prestation puisse s'inscrire dans notre programme résidentiel.







M. Dr Jean-Jacques Déglon

Fondation Phénix, Genève

Les clichés à la base de ce texte sont disponibles sur le site Internet www.phenix.ch/doc.

Pendant longtemps, ces deux prises en charge se sont opposées, parfois violemment. C'était le tout médical, biologique et pharmacologique, centré sur la génétique et le fonctionnement neurobiologique avec un dénigrement de l'approche psychodynamique ou, au contraire, le tout psycho-socio-éducatif avec un rejet de tout médicament censé tuer la parole.

Une véritable guerre des thérapies s'est déroulée pendant une dizaine d'années. En particulier, la méthadone a été longtemps diabolisée.

Je vous propose de vous faire part rapidement de mes expériences cliniques personnelles centrées au départ sur des prises en charge sociales, puis psycho-analytiques, et enfin médico-psychiatriques. L'échec habituel de ces thérapies seules m'a progressivement convaincu de la nécessité de conjuguer ces différents traitements pour améliorer les chances de succès.

La création des premières communautés résidentielles visait à offrir des lieux de vie privilégiés à des toxicomanes en rupture sociale échappant aux contraintes sociétales par l'usage des drogues. La rapide amélioration de ces jeunes, s'épanouissant dans le cadre institutionnel, a favorisé la surestimation de leur capacité d'autonomie et d'équilibre à long terme et le déni de leur fragilité psychique personnelle. D'où une élitisation fréquente des résidents par les éducateurs : « Tu vois, tu es le meilleur, le plus beau, tu peux t'en sortir, tu es notre carte de visite, etc. ».

Mais comme un volcan au repos peut se réveiller en cas de secousses sismiques, bien des résidents ont rapidement présenté de graves rechutes dans la toxicomanie à la sortie des centres. Le stress engendré par les problèmes sociaux, affectifs et professionnels retrouvés a réactivé des tendances dépressives sous-jacentes. Par réflexe conditionné, ces dernières ont réveillé les pulsions pour la drogue et entraîné la rechute toxicomaniaque au prix d'une culpabilité directement proportionnelle au degré d'élitisation.

Il faut donc comprendre les bases neurobiologiques des addictions, compliquant de fréquentes comorbidités psychiatriques et ne pas se laisser piéger par les mécanismes de défense de ces patients déniaient leurs problèmes personnels et projetant la source de leurs difficultés sur l'extérieur (société, parents, école, etc.). C'est vrai que, quand on ne connaît pas les causes d'une souffrance, on a tendance à en croire son origine à l'extérieur de soi.

En considérant l'historique des prises en charge, on constate que le traitement médical, les psychothérapies et les approches socio-éducatives ont été longtemps opposés. Si l'on croit à une cause essentiellement génétique et neurobiologique des addictions, on favorise le tout médical, la pharmacologie et les traitements de substitution au détriment de l'approche psychosociale. A l'inverse, si l'on estime que la cause des addictions est un conflit psychologique ou un traumatisme affectif, on favorise l'approche psychothérapeutique de type analytique. Les parents sont souvent persuadés d'être en partie responsables de la toxicomanie de leur enfant et expriment leur culpabilité : « Docteur, il faut qu'on vous avoue que, quand il avait 4 ans, on a été au cinéma et on l'a laissé seul. Quand on est rentré, il était en larmes ». Pour ces parents, le traumatisme psychique lié à la peur de l'abandon est la cause du développement ultérieur de la toxicomanie. En réalité, il faudrait étudier de grands groupes d'enfants qui ont pleuré pour examiner si l'on enregistre un plus grand nombre d'homosexuels, de délinquants, de toxicomanes, etc., ce qui certainement n'est pas le cas. On a eu tendance ces dernières années à attribuer à tort aux parents toute une série de fautes éducatives pour expliquer la toxicomanie.





Longtemps, la cause sociale a été privilégiée pour expliquer les raisons des addictions. Les jeunes sont normaux mais très sensibles et souffrent d'une société inhumaine, répressive, aliénante. Si c'est la société qui est insupportable, il faut créer des îlots de vie protégés. D'où la tendance à développer des structures adaptées : des communautés thérapeutiques, des centres d'accueil, des lieux de vie privilégiés.

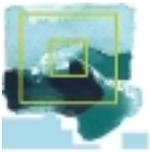
Deux mots de ma trajectoire personnelle pour mieux vous expliquer comment j'ai passé d'une approche à l'autre. En 1969, j'étais assistant en psychiatrie à l'hôpital psychiatrique de Cery à Lausanne et je me suis occupé des tout premiers héroïnomanes qui commençaient à se faire soigner. C'était l'époque des chemins de Katmandou. J'étais surpris du départ en catastrophe de nombreux jeunes en rupture de bourgeoisie qui allaient chercher le paradis à l'autre bout de monde. Pour mieux comprendre ce phénomène, grâce à une bourse de la Fondation Nestlé, j'ai passé moi-même une année sur la route de la drogue. Brigitte Axel avait publié un petit bouquin qui s'appelait « H » où elle décrivait la route des hippies, les lieux de rencontre, les petits hôtels et toutes ses aventures. Ce livre m'a servi de guide du routard. Sans cacher mon identité de médecin et en logeant dans les mêmes conditions très primitives que ces jeunes (avec les punaises qui sortaient des tapisseries), j'ai enregistré des centaines d'heures de discussion avec tous ces jeunes en rupture sociale. Le discours était toujours le même : « nous, on est bien, c'est cette société qu'on ne supporte pas, c'est les parents, l'autorité. On n'est pas bien chez nous, on cherche le paradis ailleurs ». Et j'ai pensé qu'il fallait absolument leur offrir des lieux de vie plus agréables. J'ai été choqué dans un sordide bouge de Delhi de voir des adolescents squelettiques dans un état pire que les premiers malades du Sida, qui allaient mendier quelques roupies dans des états lamentables alors que les jeunes Indiens étaient habillés impeccablement avec la chemise repassée. J'ai été très marqué par ces situations de ces adolescents qui n'étaient même pas rapatriables et qui allaient mourir dans ces bas-fonds. C'est certainement ce qui a suscité ma vocation de toxicothérapeute.

A cette époque, en été 1970, l'Etat de Vaud venait de créer le premier poste de médecin assistant spécialiste de la toxicomanie à l'Institut de médecine sociale et préventive. On m'a offert ce poste et c'est ainsi que, sous la direction du Professeur Delachaux, nous avons pu créer dès 1971 la Maison de Bois-Soleil, le précurseur du centre du Levant. J'ai demandé à Pierre Rey, avec lequel j'avais travaillé comme éducateur dans un foyer de semi-liberté pendant mes études de médecine, d'en prendre la direction. Nous avons aussi créé le premier Drop-In à Lausanne. C'est là qu'en 1973, j'ai pris conscience du piège dans lequel j'étais tombé : bénéficiant de plus d'expériences psychiatriques, je me suis rendu compte que bien des jeunes toxicomanes que je suivais n'étaient pas si bien que cela. Je percevais toute une problématique personnelle chez eux, mais elle était déniée et souvent masquée par l'action des drogues. Je percevais le fait que ces sujets étaient mal dans leur peau, mais il leur était difficile de reconnaître une fragilité personnelle, et mettaient en place le mécanisme de déni et de projection (ce n'est pas moi qui suis mal mais si je souffre, c'est à cause des autres). C'est pourquoi ces jeunes étaient encore plus déprimés à l'autre bout du monde car non seulement ils véhiculaient leurs propres troubles psychiques mais encore ces derniers étaient renforcés par les problèmes affectifs, relationnels et financiers rencontrés sur place et liés à l'usage des drogues. Ils croyaient trouver le paradis et beaucoup se sont brûlés dans l'enfer des drogues.

En raison de ce mécanisme de défense (déni et projection), je me suis rendu compte que j'avais été piégé et que contrairement à leurs discours, la solution ne consistait pas à isoler ces sujets fragiles dans des centres. Il me fallait plutôt mieux comprendre leurs problèmes et tenter de les aider plus efficacement.

Pour cela, j'ai choisi de finir ma formation de psychiatrie à Genève en travaillant au Centre psychosocial pendant deux ans, puis ensuite dans l'Unité de psychiatrie des adolescents avant que l'on me confie la responsabilité de la Consultation ambulatoire pour toxicomanes. En pratiquant des sevrages rapides avec les médicaments classiques du moment (benzodiazépines, antidépresseurs, etc.), nous étions constamment en échec. Les patients, piquant du nez devant nous toute la journée sous l'effet de l'héroïne, semblaient nous dire : « Qu'est que vous voulez faire pour nous, on est tellement bien avec l'héroïne qu'on n'a pas vraiment envie d'arrêter ». Ces échecs répétés





étaient déprimants. De plus, on avait appris de nos maîtres l'importance d'une écoute bienveillante. Tout acte un peu autoritaire était considéré comme un « acting » peu professionnel. Mais comme nos patients, au contraire des névrotiques, ressentaient cette attitude bienveillante comme de la faiblesse, ils nous provoquaient jusqu'à casser la baraque pour enfin obtenir de nous un cadrage sécurisant. Il nous a donc fallu apprendre à mettre des limites et instituer des contrats thérapeutiques.

Dans une phase de fatigue et de « burn out », j'ai rencontré à l'époque le Docteur Wingfield, venu visiter sa mère à Montreux. C'était un spécialiste de la prise en charge des héroïnomanes. Il dirigeait le programme méthadone de Porto Rico. En lui parlant de nos échecs, il m'a convaincu du grand intérêt des traitements par la méthadone. Je me suis rendu compte qu'aux Etats-Unis, les principales études sur la méthadone étaient déjà publiées et faisaient état de résultats remarquables. Malheureusement, ces travaux étaient totalement ignorés en Europe. J'ai alors voulu proposer le traitement par la méthadone à mes patrons. Mais c'était trop tôt. Identifiée comme une drogue de substitution, la méthadone était à l'époque réprouvée par les autorités politiques et donc par les responsables médicaux.

Découragé par mes échecs avec les toxicomanes, j'ai alors décidé de m'installer comme psychiatre privé avec une clientèle normale. Mais il faut dire qu'au contact de patients névrotiques très bloqués, de phobiques inhibés, de psychotiques délirants, j'en suis vite venu à regretter mes jeunes toxicomanes, très vivants, parfois trop. Comme ces derniers commençaient à prendre d'assaut mon cabinet en voulant continuer à être suivis par moi, j'ai recommencé les prises en charge des addictions mais en renonçant à pratiquer des sevrages rapides classiques à base de benzodiazépines. J'ai décidé d'introduire les traitements avec la méthadone en suivant les indications et les règles des experts américains. Et nous avons tout de suite connu un succès remarquable. Le bouche à oreilles aidant, de nombreux patients se sont bousculés pour bénéficier de ces traitements. J'ai alors engagé mon ancienne infirmière et mon ancien psychologue pour créer un petit groupe médico-psychosocial privé. C'était déjà le tout début de ce qui sera plus tard la Fondation Phénix. Mais inutile de dire que nos succès ont suscité une jalousie terrible de la part des autres intervenants nous imputant la cause de leurs échecs.

En 1978, un premier règlement officiel a limité les indications de la méthadone et fixé les règles de ces traitements. Puis on a vécu 10 ans de guerre des thérapies. La méthadone était considérée comme une drogue de synthèse et un moyen de contrôle social ou un objet de jouissance. Les médecins prescripteurs étaient dénoncés comme des « dealers en blouse blanche ». Tous ces préjugés étaient dus à une mauvaise information. Au contraire des alcooliques, les héroïnomanes étaient considérés comme des pervers qui osaient franchir le tabou du plaisir. Cette notion de perversité existe autant dans le public, chez les médecins qu'auprès des autorités. J'aime rappeler cette anecdote qui illustre ce fait. A l'époque du gouvernement Rocard en France, le Professeur Schwarzenberg, cancérologue, a occupé une semaine le ministère de la santé avant de se faire limoger. A son entrée en fonction, il a relevé que la France avait pris 20 ans de retard dans le traitement des toxicomanes et qu'il fallait absolument multiplier les programmes de méthadone. Cette prise de position a suscité un tollé chez les toxicothérapeutes officiels et il a été convoqué par le premier ministre qui lui a dit : « Professeur, qu'est-ce que vous avez dit, cela ne va pas. Avez-vous lu la presse et l'article de Philippe Bouvard ? ». Ce dernier avait écrit trois lignes assassines dans le Figaro : « Aujourd'hui, on va donner de la méthadone aux toxicomanes et demain, ce sera des enfants aux pédophiles ».

Cette phrase exprime bien le préjugé du public que la méthadone représente une drogue de jouissance. Le médecin prescripteur est le complice pervers de ce plaisir et je crois que Bouvard exprimait un fantasme collectif toujours d'actualité qui explique toute l'opposition qui traîne encore autour de la méthadone.

A cette époque, j'avais fait paraître un petit article dans le journal La Suisse pour expliquer au public la réalité et l'intérêt de la méthadone. La semaine suivante, un contre-article de nos opposants était publié sous la plume de Claude Olivenstein sollicité par nos opposants pour développer ses arguments anti-méthadone. Quelques jours plus tard, nous avons assisté à une campagne d'affichage anti-méthadone. Une affiche aux bords noirs avait pour texte : « La





méthadone est un stupéfiant qui tue ». Au même moment, aux Etats-Unis, on pouvait voir une autre affiche : « La méthadone harmonise la vie ». On constate donc les différences de conception.

Dans la réalité, on sait qu'en raison d'un niveau de tolérance augmenté, on compte beaucoup moins de morts sous méthadone qu'après les cures visant l'abstinence totale.

Avant l'extension des programmes de substitution, pendant des années, la tendance a consisté à favoriser les centres résidentiels spécialisés en raison de résultats apparents assez miraculeux. J'ai moi-même contribué à la création des toutes premières communautés résidentielles comme le Centre de Bois-Soleil, précurseur du Centre du Levant. J'ai été surpris, dans un tel environnement protecteur, de voir la plupart de mes patients, ayant échoué des cures de sevrage ambulatoire, dans une excellente forme.

Plusieurs raisons à ces améliorations miraculeuses. Tout d'abord, la compétence des thérapeutes qui s'impliquent beaucoup dans ces prises en charge. Puis le « plâtrage » du cerveau, c'est-à-dire la protection du cerveau mis à l'abri de l'action nocive des drogues. Avec la cocaïne en particulier, qui entraîne une compulsion terrible les premières semaines, le fait d'être à l'abri des tentations est en soi un facteur de succès tout à fait primordial.

Le temps, c'est une course contre la montre. Plus on gagne du temps, plus la chance d'un succès ultérieur est importante. On sait qu'il faut un à deux ans pour réduire cette pulsion obsédante pour certaines drogues et permettre au cerveau une récupération neurobiologique suffisante pour limiter les risques de rechutes.

L'entraînement aux contacts sociaux et aux frustrations, thérapie importante dans les centres thérapeutiques, est aussi un facteur de succès.

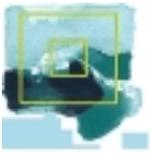
Et puis surtout, le facteur primordial d'intérêt des centres résidentiels est la réduction majeure des facteurs de stress. Le stress représente le facteur de rechute le plus important. Le résident n'a plus de soucis. Il est logé, nourri, n'a pas de soucis d'argent ; il peut faire de l'équitation. Il est en sécurité et peut développer des relations affectives positives avec ces camarades et les éducateurs.

Mais j'aimerais aborder la tentation et le piège de « l'élitisation ». Il est vrai que, quand on voit ces anciens toxicomanes souvent délabrés devenir des résidents enthousiastes, forts, beaux et sportifs, on peut légitimement croire à un succès durable. D'où la tendance des éducateurs d'élitiser leurs protégés : « Tu es le meilleur, le plus fort, tu n'as plus le droit à la rechute, tu es notre carte de visite ». Malheureusement, force est de constater le nombre important de rechutes dans les jours, les semaines ou les mois qui suivent la sortie des centres résidentiels. Avec pour conséquence une dépression et une culpabilité de l'intéressé proportionnelle à son degré d'élitisation. Combien de patients n'a-t-on pas vu revenir la queue basse demander un nouveau traitement de substitution.

Comment comprendre ces échecs post-résidentiels ? Très simplement, car un volcan au repos peut se réveiller en cas de secousses sismiques. C'est une bonne image, parce que lorsque le résident se retrouve seul dans sa chambre de bonne aux prises avec des problèmes affectifs, des difficultés professionnelles, des soucis d'argent et qu'il ne peut plus se payer le cheval le week-end, il se redépresse très vite sous l'influence de tous ces facteurs de stress. En état de moindre résistance psychique, l'influence négative des anciens copains et la tentation des drogues ont tôt fait de précipiter une rechute qui plombe encore la dépression.

Je vous rappelle le mécanisme du stress : l'hypothalamus va libérer une hormone, le CRF (Corticotropin-Releasing-Factor), qui à son tour déclenche la libération d'ACTH (hormone adrénocorticotrope) dans le sang. L'ACTH stimule à son tour la sécrétion du cortisol par la surrénale et l'on connaît depuis des années la corrélation existant entre le taux de cortisol et la dépression favorisée. On constate également dans ces conditions une baisse immunitaire. Donc, le stress est un facteur dépressogène important.





Les animaux stressés dès la naissance présentent une hyperactivité durable du cycle du stress avec un taux plus élevé de cortisol. De même, pour les animaux dont la mère a été stressée durant la gestation. Ces animaux sont ensuite plus attirés par les drogues. Des animaux sevrés des drogues depuis des mois vont à nouveau appuyer sur la pédale drogue en cas de stress.

Je vous rappelle que les addictions représentent une affection médicale à causes multiples. On commence à découvrir des facteurs génétiques avec une prédisposition génétique aux addictions. Laforge et son équipe, à l'Université Rockefeller à New York, ont mis en évidence plusieurs particularités sur des gènes déterminés chez certains toxicomanes. Chez les alcooliques, on a également identifié des particularités génétiques.

Il faut tenir compte aussi de la personnalité innée. En raison de facteurs génétiques prédéterminés, un sujet peut naître avec une plus grande susceptibilité à développer une problématique psychiatrique ultérieure. Les études sur des vrais jumeaux séparés depuis la naissance démontrent une étonnante concordance pour plusieurs affections psychiques comme la dépression.

L'hyperactivité infantile avec déficit de l'attention et de la concentration se révèle également essentiellement d'ordre génétique. Si ces enfants ne sont pas identifiés et traités correctement, ils présentent un risque de plus de 75 % de développer un abus de substance. Et chez nos patients, on constate une importante surreprésentation de sujets hyperactifs.

Un autre facteur important favorisant ces rechutes est lié aux effets durables secondaires aux prises de drogues. On ne peut pas prendre impunément de l'héroïne ou de la cocaïne pendant des mois, voire des années, sans que les systèmes neurobiologiques du cerveau soient perturbés, parfois de façon semble-t-il irréversible. Des modifications de type génétique induites par un usage toxicomane chronique ordonnent des adaptations neurobiologiques de protection du cerveau surexcité par l'abus des drogues et ceci pour une longue durée. En raison de ces modifications, à l'arrêt des drogues, on constate souvent un état déficitaire difficile à supporter longtemps et qui favorise la rechute dans les drogues.

Et naturellement, cerise sur le gâteau, l'histoire et l'environnement du sujet, ses difficultés affectives, familiales, relationnelles, sociales viennent renforcer les problèmes de base et peuvent précipiter un état dépressif, facteur important d'entrée dans les addictions puis de rechutes ultérieures.

Les héroïnomanes sevrés des opiacés sont anormalement sensibles au stress. Mary Jeanne Kreek, une des meilleures expertes américaines, a démontré avec ses équipes de chercheurs à l'Université Rockefeller de New York que les opiacés (morphine, héroïne, méthadone) étaient d'excellents anxiolytiques qui freinent la sécrétion de l'hormone de stress. Elle a également prouvé qu'après le sevrage des opiacés, l'axe du stress est perturbé à long terme, les patients restant plus facilement angoissés, stressés et donc plus sujets à la dépression et à ses risques de rechute. En particulier, une étude sur des prisonniers qui n'avaient plus pris d'héroïne pendant plus de deux ans, contrôles d'urine à l'appui, a révélé que ces sujets avaient encore un taux sanguin d'ACTH trop élevé après ces années. Donc une tendance au stress exagérée que nous observons facilement chez nos patients sevrés des opiacés qui se montrent irritables, anxieux, qui présentent un état déficitaire plus ou moins durable. Tous ces facteurs favorisent des états dépressifs et des rechutes toxicomaniaques.

Donc, le stress est augmenté avec un risque accru de dépression. La rechute est favorisée d'une part par l'affaiblissement de la volonté lié à la dépression, le besoin de compensation et de consolation et, d'autre part, par les réflexes conditionnés.

On distingue les réflexes conditionnés externes (liés à un stimulus externe) et les réflexes conditionnés internes.





On dispose d'un modèle animal pour mesurer ce craving pour les drogues, cette pulsion obsédante. On prend un rat et il peut disposer de morphine, d'héroïne, d'alcool ou de haschisch en pressant sur une pédale. Il s'habitue à une drogue donnée. A un moment donné, il presse à vide car il reçoit de l'eau. Il va alors continuer à presser un certain nombre de fois dans l'espoir de recevoir à nouveau sa drogue. On constate que pour la cocaïne, l'animal va presser des centaines de fois à vide avant d'arrêter.

Les réflexes conditionnés externes sont particulièrement importants avec la cocaïne. Nos patients nous rapportent que la simple vue d'un Africain dans la rue (la plupart des dealers de cocaïne sont des Noirs trafiquants en demande d'asile) déclenche une envie irrésistible de cocaïne. Des patients qui ont séjourné plusieurs années à l'étranger nous ont rapporté que complètement sevrés de longue date, dans l'avion qui les ramenait en Suisse, ils se sont sentis brusquement excités avec un important craving pour l'héroïne lorsque l'hôtesse a annoncé l'atterrissage prochain à Genève, beau temps, 18 degrés. Le réflexe stimulé peut aussi être olfactif : un garçon prenait de l'essence en dehors de Genève et l'odeur d'essence lui a rappelé le kérosène utilisé lors de la fabrication de la cocaïne. Il a eu toutes les peines du monde à ne pas faire demi-tour pour retourner chercher une boulette de cocaïne à Genève. Le conditionnement est aussi auditif : lorsqu'un toxicomane écoute toujours la même musique, lorsqu'il réécoute cette musique après même une longue période d'abstinence, il peut éprouver à nouveau une brusque envie de cette drogue.

Nos patients ont si souvent pris de l'héroïne en relation avec des affects dépressifs que, lorsque plus tard, parfois après des années d'abstinence, resurgissent des troubles dépressifs, ces derniers peuvent déclencher immédiatement, par réflexes conditionnés internes, une puissante envie d'héroïne (craving), comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu.

Le stress, la dépression, les réflexes conditionnés internes et externes sont donc tous d'importants facteurs de rechute. A la base existe une raison neurobiologique. On a pu démontrer qu'il existe dans le cerveau une zone qui représente la mémoire des drogues. En injectant du glucose radioactif à des patients, on peut visualiser les neurones qui fonctionnent par la technique des pet-scans et donc identifier la zone du cerveau qui travaille. On a présenté à d'anciens cocaïnomanes une vidéo de nature animale en visualisant leur cerveau après injection de glucose radioactif. Dans l'amygdale, zone de la mémoire des drogues, rien de visible. Mais brusquement, entre deux scènes de papillons, une scène cocaïne est intercalée. Immédiatement, on constate une activation de la zone de la mémoire des drogues comme une ampoule qui s'allume. Il s'agit de neurones dopaminergiques qui sont activées par cette excitation psychique et qui produisent de la dopamine, la même substance stimulée par les drogues. C'est le carré de chocolat qui vous donne envie de finir la plaque. En 1000 fois plus fort.

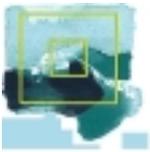
On comprend mieux à quel point les stimulations externes peuvent entraîner de rapides rechutes.

Nous avons vu que le stress favorise les rechutes. Des études sur les animaux confirment ce fait. Un animal rendu héroïnomanes ou cocaïnomanes est sevré. Il presse sur sa pédale et n'a plus rien. Après avoir pressé de nombreuses fois à vide, il abandonne et ne va plus presser que sur la pédale qui lui donne de l'eau et de la nourriture. Après cette période, on stresse cet animal par des petits chocs électriques ou on l'empêche de dormir en allumant des lumières et l'on constate que cet animal se précipite sur la pédale qui lui fournissait la drogue qu'il n'avait plus touchée depuis six mois. On voit l'importance de la mémoire des drogues liée au stress.

Cette compréhension des risques de rechute est importante pour mieux préciser les indications pour le sevrage des opiacés, les traitements de substitution et les prises en charge résidentielles.

Il convient tout d'abord d'effectuer un bilan médico-psychosocial approfondi pour préciser la personnalité des patients. Car les principaux facteurs d'échec sont la fragilité de la personnalité et la comorbidité psychiatrique, c'est-à-dire les problèmes psychiques sous-jacents à la toxicomanie. Ils expliquent souvent la toxicomanie et sont ensuite aggravés par l'effet néfaste des drogues sur le cerveau.





Des antécédents de délinquance, une désinsertion sociale, familiale, professionnelle, la précocité des prises de drogues, la gravité des conduites de dépendance, tous ces points représentent des facteurs importants de rechute.

Le bilan de départ est souvent difficile à effectuer car les opiacés masquent la comorbidité psychiatrique de par leur puissante action stabilisatrice. Ce sont d'excellents anxiolytiques qui bloquent l'hormone de stress au niveau cérébral. Ce sont aussi d'excellents antidépresseurs. Je vous rappelle que dans l'histoire de la psychiatrie, dans des cas de mélancolie grave, le Laudanum (teinture d'opium) a été utilisé avec succès. Les opiacés représentent également d'excellents antipsychotiques. Au Népal, j'ai vu un vieux routard expérimenté donner une petite dose d'opium pour réduire la psychose d'un jeune qui flippait sous LSD.

Nous connaissons de nombreux cas de toxicomanes délirants miraculeusement améliorés par la méthadone. En raison de cette triple action anxiolytique, antidépressive et antipsychotique des opiacés, il est difficile d'apprécier les réels problèmes psychiatriques sous-jacents des héroïnomanes en demande de traitement. Comme il est sadique de les mettre en manque pour estimer leur structure de personnalité avant de commencer un traitement, c'est souvent plus tard qu'on constate la réapparition des troubles psychiques, surtout lors des sevrages. Il faut rester très attentif au risque de décompensation psychiatrique lors de l'arrêt de la méthadone, surtout s'il est effectué rapidement.

Alors, comment apprécier la gravité des problèmes médico-psychosociaux ? L'important tout d'abord est d'effectuer une anamnèse soigneuse, puis un bilan médical et psychiatrique complet. On peut utiliser l'ASI (Addiction Severity Index). Mais ce test est long et, dans la pratique, peu utilisé.

Les patients en traitement de méthadone présentent une importante comorbidité psychiatrique. Une étude conduite par Mary Jeanne Kreek auprès de 53 hommes et 50 femmes démontre que 72 % des patients souffraient de troubles psychiques avant les drogues avec une réduction de 50 % de ces troubles sous méthadone. Ces difficultés consistaient surtout en des troubles dépressifs, phobiques, des personnalités antisociales, de l'anxiété, des cas d'alcoolisme, des troubles compulsifs-obsessionnels et des troubles somatiques. Le Docteur Pierre-Alain Porchet a évalué au Drop-In de Neuchâtel 211 sujets. Il relève que 63 % de ces patients souffrent de comorbidité psychiatrique, surtout des troubles de l'humeur et de la personnalité. Parmi les médicaments psychotropes prescrits, on relève 37 % d'antidépresseurs, 30 % de stabilisateurs d'humeur, 35 % d'anxiolytiques, 65 % de neuroleptiques, etc. Ces chiffres confirment l'importance de la comorbidité psychiatrique sous-jacente aux addictions.

Quelques mots des évaluations de la Fondation Phénix.

Une évaluation complète de l'ensemble des patients est effectuée tous les trois ans, maintenant tous les cinq ans en raison de l'importance de ce travail. En 2003, nous avons posé 430 questions à 371 patients qui ont rempli un important questionnaire. Les réponses ont été informatisées. En résumé, nous avons pu démontrer que le degré de psychopathologie se révèle le facteur le plus important, le plus sensible et le mieux corrélé statistiquement pour prédire la qualité des résultats du traitement et le pronostic futur. Nous avons calculé le degré de psychopathologie de nos patients en prenant 28 questions du questionnaire représentant des indices plus ou moins importants de la gravité de la toxicomanie et de la personnalité. Nous avons retenu le nombre d'années en traitement à la Fondation Phénix, le nombre de semaines d'emploi la dernière année, le nombre des séjours à la prison, la durée des emprisonnements, l'âge de la première arrestation, l'âge de la première prise d'héroïne, le délai entre cette première consommation et l'usage quotidien, le nombre de grammes consommés et le nombre d'overdoses, de même que la durée souhaitée du traitement, le nombre de médicaments psychotropes prescrits, l'usage des différentes drogues, les états d'ivresse, le score de dépression de Beck, un score de qualité de vie, les antécédents de problèmes psychologiques, les sentiments paranoïaques les six derniers mois et durant le passé. Pour obtenir le score de psychopathologie, nous avons attribué un nombre de points variant de 0 à 20 pour chacun de ces 28 facteurs et nous avons obtenu une courbe de





Gauss de l'indice de psychopathologie de nos patients.

En 1995, il y a huit ans, nous avons procédé à la même évaluation de l'indice de psychopathologie de nos patients. On constate, au fil des années, une aggravation de cet indice car nous avons retenu en traitement les cas les plus difficiles qui n'arrivent pas à se sevrer ou qui rechutent rapidement après l'arrêt de la méthadone et reviennent en traitement.

En ce qui concerne les dosages, 41 de nos patients reçoivent moins de 50 mg de méthadone, 37 % entre 50 et 140 mg et 22 % au-delà de 140 mg. Nous ne comptons qu'un pourcent de patients dosés à plus de 400 mg, 8 % entre 300 et 400 mg, 12 % entre 250 et 299 mg, 32 % entre 200 et 249 mg et 46 % entre 140 et 199 mg.

Des patients, métaboliseurs rapides, éliminent rapidement la méthadone. Ceux-là ont besoin d'un dosage supérieur de méthadone pour maintenir un taux adéquat au bout de 24 heures.

Progressivement, au cours des années, pour tenir compte des besoins particuliers de chaque patient, nous avons adapté nos dosages. En 2002, nous comptons 27 % de dosages de plus de 120 mg, 21 % en 1998 et 27 % en 2003.

Nos résultats se révèlent meilleurs avec ces dosages adaptés.

Nous constatons que le dosage de méthadone est proportionnel au degré de psychopathologie. Les patients qui présentent le plus de troubles psychiques sont également les plus hauts dosés.

L'indice de psychopathologie est très fortement corrélé au score de dépression de Beck. La dépression représente donc un important facteur à la base des troubles psychiques.

Dans le groupe haut dosage, on constate également une baisse de libido, non seulement due à la méthadone mais certainement aussi à la dépression qui, dans le même groupe de dosage, est tout à fait linéaire. L'échelle de dépression d'Hamilton est également très bien corrélée avec le score d'anxiété. Il se confirme que l'anxiété est un symptôme primordial de la dépression et contribue à l'aggraver.

Nous constatons également une corrélation entre le degré d'hyperactivité et la dépression et qui peut également être une explication de la gravité de la toxicomanie chez les anciens enfants hyperactifs.

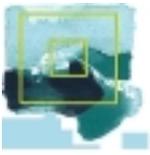
En comparant le score de dépression de Beck avec l'indice de psychopathologie, nous constatons également une corrélation. L'intérêt est l'amélioration en huit ans du score de dépression, vraisemblablement en raison d'un meilleur dosage de méthadone.

L'indice de psychopathologie est également corrélé à la qualité de vie, aux sentiments paranoïdes les six derniers mois, à l'angoisse de perte de la personnalité, au nombre de semaines d'emploi, au pourcentage de patients travaillant à plein temps (seulement 8 % des patients travaillent à plein temps dans le groupe présentant la plus forte comorbidité psychiatrique avec 57 % de ces patients bénéficiant d'une rente AI).

En ce qui concerne les overdoses, la consommation d'héroïne avant le traitement, l'usage de haschisch et les problèmes d'alcool, de même que les prises de cocaïne les derniers jours, nous constatons aussi une nette corrélation en fonction du degré de psychopathologie des patients.

Alors, comment peut-on apprécier cet indice de psychopathologie sans procéder à de longs et compliqués questionnaires ? Il existe deux à trois tests rapides assez simples comme le RAP (Rapid Addiction Profil) et le score TVMSPP de Löwenstein, Gourarier, Guffens et Reisinger. Ce test très pratique comporte six axes : l'axe toxicomanie, l'axe viral, l'axe médical, l'axe social, l'axe psychiatrique et l'axe prévention. C'est un ASI simplifié beaucoup plus facile à remplir pour les médecins traitants ou pour les travailleurs sociaux.





En ce qui concerne l'axe toxicomanie, on attribue un point en cas d'usage d'héroïne par sniff, un usage rare de benzodiazépines, pas d'usage de cocaïne, de barbituriques ou d'amphétamines, pas d'alcoolisme, un usage modéré de haschisch, un partenaire non toxicomane, pas de deal ou de délinquance induite par la dépendance. On donne deux points en cas d'héroïnomanie par voie intraveineuse, de polytoxicomanie avec usage encore contrôlé de benzodiazépines, de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines, d'alcoolisme modéré, de partenaire toxicomane, d'héroïnomanie de plus de 10 ans, de deals et de délinquance favorisée par la dépendance. On attribue cinq points en cas de polytoxicomanie par voie intraveineuse avec désocialisation majeure, d'antécédents ou risques actuels de complications médicales majeures (surdosage, injections, accidents), de complications judiciaires (incarcérations à répétition) ou d'alcoolisme grave associé.

L'axe viral est très simple. Un point en cas de contamination, deux points pour une séropositivité, trois points en cas de Sida, d'hépatite évolutive ou de cirrhose.

Pour l'axe médical, on attribue un point en cas de suivi médical régulier et de bonne prise des médicaments prescrits et d'un accord pour un traitement des éventuels infections virales. Deux points sont donnés si ce suivi médical est irrégulier avec des difficultés de suivre un traitement en particulier dans le domaine viral et trois points s'il n'y a pas de suivi médical, pas de connaissance des status sérologiques, aucune vaccination faite à ce jour et refus d'un traitement des infections VIH, VHB ou VHC.

En ce qui concerne l'axe social et personnel, on attribue un point en cas de situation sociale et familiale non inquiétante ou satisfaisante, deux points en cas de problèmes sociaux, de problèmes de logement, de procès ou de jugements en cours, s'il n'y a pas de ressources personnelles ou légales, si l'on constate un endettement majeur, des problèmes familiaux (perte de contacts avec les parents et/ou les enfants) ainsi que d'isolement affectif. On attribue trois points en cas d'errance quotidienne (SDF ou squat), une marginalisation complète ou des risques judiciaires importants.

Pour l'axe psychiatrique, un point est donné si l'on ne constate pas de troubles notables de la personnalité, deux points en cas de troubles de la personnalité modérés (pas de tentative de suicide, ni de violence depuis au moins six mois) et cinq points pour des troubles de la personnalité importants (dépression, tentatives de suicide, troubles psychotiques, actes violents) ainsi que si l'on compte des séjours en psychiatrie à répétition.

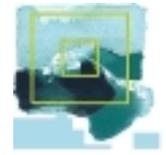
En ce qui concerne l'axe de prévention, on attribue un point en cas d'utilisation permanente de matériel d'injection à usage unique et de préservatifs, deux points si l'on constate une pratique de piercing sauvage, l'échange occasionnel de seringues, de cotons, de cuillers et autre matériel d'injection ou un usage irrégulier du préservatif et trois points s'il existe une utilisation régulière de matériel d'injection usagé ainsi que le refus du préservatif.

On peut s'appuyer sur les résultats de ce test assez schématique TVMSPP pour poser l'indication du type de prise en charge. Au stade 1 (moins de 8 points), un sevrage ambulatoire en clinique de quelques semaines suivi d'un soutien médico-psychosocial de plusieurs mois en ambulatoire a des chances raisonnables de succès.

Pour un toxicomane au stade 2 (avec 8 à 10 points), je propose une stabilisation avec un médicament de substitution pour une durée de deux ans avec un soutien médico-psychosocial conjoint. On peut aussi proposer un sevrage de quelques semaines dans une clinique suivi d'une postcure de un à deux dans une institution résidentielle spécialisée avec des chances raisonnables de succès.

Le stade 3 regroupe les toxicomanes comptant de 10 à 13 points au test TVMSPP, des sujets nettement plus perturbés. Un traitement de substitution avec un soutien médico-psychosocial efficace durant quelques années (au minimum 5 à 10 ans) paraît nécessaire pour la plupart d'entre eux. En cas de rechute ou de modification de la qualité de vie en cours de sevrage après ce laps de temps, la reprise du traitement à un dosage adapté s'impose à très long terme pour ces patients.

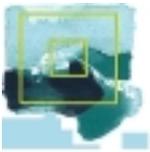




Les toxicomanes classés au stade 4 (plus de 13 points) nécessitent sûrement un traitement de substitution à vie par une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Il faut compter avec des phases d'hospitalisation en clinique en cas de grave polytoxicomanie associée ou de décompensation psychiatrique et certainement, par période, des phases de prise en charge intensive dans une institution résidentielle spécialisée avec maintien du traitement de substitution pour consolider le sevrage des co-dépendances et permettre d'acquérir ou de retrouver des compétences sociales et/ou des capacités d'autonomie.

En conclusion, je dirais que pour améliorer les résultats de ces patients difficiles, il ne faut plus opposer les différentes prises en charge mais les conjuguer. Ces sujets doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge, médicale, pharmacologie, sociale et psychothérapique. Le relais dans des institutions résidentielles est nécessaire pour certains patients, pour des durées plus ou moins longues, avec le maintien des différentes prises en charge, dont le traitement de substitution.





Mme Ruth Lüthi

Conseillère d'Etat, Directrice de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg

Mesdames et Messieurs

Je tiens tout d'abord à vous remercier de m'avoir invitée à ce colloque et vous dire à quel point j'apprécie de pouvoir participer à la réflexion sur la question que vous avez choisi de traiter: est-il possible pour une institution de proposer en même temps les traitements d'abstinence et les traitements à la méthadone?

C'est une question que je me suis déjà posée, en particulier au moment où le Radeau m'a informée de son intention de modifier quelque peu son offre. Je l'ai également abordée avec mes collaborateurs et collaboratrices, sans parvenir à une réponse. C'est donc avec un très grand intérêt que j'aurais suivi et appris des conférences qui se sont déroulées aujourd'hui. D'autant plus qu'il est assez difficile de vous livrer mon approche ou plutôt mon regard politique sur la question, en fin de journée, sans en avoir entendu les intervenants précédents. Mais grâce aux exposés que le Radeau m'a fait parvenir hier, j'ai pu me familiariser avec ce thème et me forger une opinion. Si donc je suis ici, c'est d'abord pour vous souhaiter la bienvenue dans le canton de Fribourg, mais aussi et surtout pour vous faire part de mes réflexions et préoccupations d'ordre politique.

J'aimerais commencer par quelques remarques sur le cadre général. En 1992, à mes débuts en tant que Directrice de la santé et des affaires sociales, quasiment aucune session du Grand Conseil ne se déroulait sans une interpellation parlementaire concernant la politique des drogues. Ce thème a incontestablement marqué les années 90, en particulier jusqu'en 1996, le débat se déroulant non seulement sur le plan politique, mais impliquant également le grand public. Aujourd'hui, la situation s'est stabilisée. Il est rare d'entendre formuler une question relative à la politique des drogues. Les raisons de cette accalmie sont certainement diverses, mais je ne crois pas que le problème ait perdu de son acuité. Il me semble être plus caché aujourd'hui, laissé à la charge des personnes de terrain, des professionnels.

Deux questions sont actuellement soulevées: la première, liée à la modification de la loi sur les stupéfiants, concerne bien sûr la consommation du cannabis. L'autre question est celle du financement des institutions pour les personnes toxico-dépendantes. Les deux sujets ne sont pas à l'ordre du jour de cette journée, mais vous comprendrez certainement que la seconde question surtout me préoccupe: comment maintenir une bonne prise en charge, également en milieu résidentiel, alors que la Confédération se retire du financement de ces institutions?

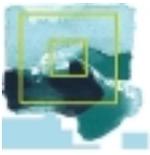
Ces dernières années, le taux d'occupation des institutions résidentielles a incontestablement baissé, amenant plusieurs institutions à fermer leurs portes. Quelle est la raison de cette baisse? Est-elle due à l'offre d'autres possibilités de traitements ou est-ce une conséquence de la diminution des moyens des pouvoirs publics mis à disposition pour ces traitements? Un service social, une commune, un canton n'auraient-ils pas une certaine réticence à soutenir ces institutions, ces traitements ou ces placements pour une question de financement? C'est une question à laquelle il est certes difficile de répondre; peut-être vous avez aussi votre propre opinion sur le sujet.

Lorsque j'ai appris que le Radeau projetait d'accueillir également des personnes en traitement à la méthadone, je me suis d'abord demandée quelle était sa motivation première: s'agissait-il de répondre à un nouveau besoin ou à compenser la diminution de résidents sans traitement de substitution? Je suis pourtant convaincue que le canton manque d'offres pour les personnes en traitement à la méthadone. Nous disposons certes de structures ambulatoires de qualité, mais elles ne suffisent pas. Je comprends et reconnais la nécessité d'offrir un meilleur cadre pour l'accompagnement de ces personnes. Comme je l'ai donc évoqué lors de l'introduction, ma préoccupation principale est davantage de savoir si deux populations peuvent coexister au sein d'une même institution?

Il est clair qu'il n'est pas de la compétence des responsables politiques de répondre à cette question. Notre rôle est plutôt de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de structures et de places







pouvant accueillir des personnes fragilisées. L'objectif de notre politique de drogue est de garantir le soutien et le traitement adéquat pour tout patient, toute personne ayant besoin d'aide. Notre seconde tâche est de trouver les moyens financiers qui permettent de couvrir les charges découlant de ces prestations. Mais il ne nous appartient pas de définir la meilleure offre ou de juger de l'adéquation d'une offre à un certain type de population. Pour cela, nous avons besoin d'experts, nous avons besoin de vous. Avant de reconnaître une institution, de fixer une mission ou un mandat pour une structure médico-sociale, je dois m'appuyer sur les expériences des praticiens, les réflexions théoriques des experts et bien sûr les résultats des recherches scientifiques.

L'objectif, que nous partageons certainement avec vous, c'est d'assurer la réintégration sociale des personnes dépendantes. La façon dont cette réintégration sociale peut être réalisée varie d'un individu à l'autre. Pour cette raison, nous avons besoin de toute une palette de thérapies et c'est sans doute aussi ce qui a conduit la Confédération à mettre sur pied la politique «des quatre piliers». Ceci reflète une prise de conscience générale: il n'y a pas qu'une vérité, qu'un traitement, qu'un remède, ou qu'une seule solution pour répondre à ce problème. Si pour les uns l'intégration est atteinte par l'abstinence, pour d'autres cela se passe par un traitement de substitution. Je vois donc la nécessité de soutenir les deux voies. Cependant, mon point d'interrogation reste le même: comment procéder?

Les exposés de cette journée m'ont appris à ma très grande satisfaction que les conclusions ou les résultats des institutions qui pratiquent cette double approche sont concluants. Je suis satisfaite de voir qu'il est possible d'accueillir les deux populations dans la même institution même si quelques adaptations, quelques développements sont nécessaires. Je me réjouis également que l'évaluation du Radeau, effectuée par des personnes neutres, ait prouvé que ces populations peuvent cohabiter. J'ai aussi appris que les personnes internes aux institutions sont convaincues, alors que les doutes sont plutôt formulés par les partenaires externes, dont je fais partie. Je peux pourtant vous assurer, que je me laisse volontiers convaincre par les résultats concrets.

J'aimerais ajouter encore une remarque: l'argument principal en faveur de l'accueil en milieu résidentiel de personnes suivant un traitement à la méthadone est de leur offrir une prise en charge psychosociale, sociale ou éducative. Je pense en effet qu'une telle prise en charge est nécessaire et que le traitement seul ne suffit pas. Néanmoins, je crois que l'institution résidentielle n'est pas la seule solution. La prise en charge ambulatoire combine déjà une approche médicale et psychosociale. Et je crois pouvoir dire que notre unité de soin pour personnes toxico-dépendantes, l'UST, à l'instar de structures similaire dans d'autres cantons, dispose d'équipes pluridisciplinaires leur permettant d'atteindre des objectifs comme l'accueil ou l'accompagnement psychosocial.

Mesdames et Messieurs, j'aimerais conclure par ces quelques mots. Comme je l'ai mentionné au début, les discussions autour de la politique de la drogue se sont beaucoup calmées. Et malgré tout, ou peut-être même grâce à cela, les traitements ont évolué et se sont diversifiés. C'est loin de la pression du débat public que les professionnels ont pu réfléchir, améliorer le travail et développer ainsi une prise en charge ciblée, tenant compte des besoins réels des personnes dépendantes. Je tiens à remercier très sincèrement toutes celles et ceux qui ont participé à cette évolution; c'est donc à vous, les praticiens, les experts, les scientifiques, que je m'adresse. Je crois que vous avez fait en sorte que nous progressions ensemble vers ce but «suprême», que le professeur Uchtenhagen a si justement décrit comme étant celui «d'aider les personnes concernées à développer la capacité de mener une vie responsable et de créer leur vie de façon satisfaisante».

Je vous remercie.





On peut faire cohabiter les divers traitements de la toxicodépendance

COLLOQUE • *Un quart des institutions suisses qui accueillent des toxicomanes en résidence ont élargi leur programme thérapeutique avec succès. Les praticiens ont échangé, invités par le Radeau d'Orsonnens.*

Depuis le mois de juillet 2000, le Radeau à Orsonnens, accueille, en sus des toxicodépendants abstinents, des résidents qui suivent un traitement à la méthadone. Longtemps, les deux formes de thérapie se sont pourtant opposées et ce changement est mal compris du public. Hier, à Bulle, le Radeau avait donc organisé un colloque sur cette évolution des prises en charge.

«Notre travail est mal connu», admet Philippe Wüst, directeur de l'institution, en préambule du colloque. «Surtout depuis que nous prenons en charge des gens traités à la méthadone. Le public avait l'habitude de milieux résidentiels avec sevrage. Les fondements thérapeutiques du Radeau n'ont pas changé. Il s'agit de réinsérer

socioprofessionnellement les personnes toxicodépendantes.»

AGIR DANS L'INCERTITUDE

Plus de huitante professionnels et huit intervenants pour cette journée qui vise à une meilleure lisibilité des institutions. Nicolas Dietrich, collaborateur scientifique de la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE), a notamment relevé que, quelle que soit la nature du traitement (abstinence ou substitution), les règles de vie sont les mêmes pour tous les résidents (pas de violence, pas de produit non prescrit). Sur 86 institutions suisses, 18 accueillent des clients avec la méthadone (huit en Romandie et une au Tessin), soit un quart des institutions résidentielles.

Pour le professeur Marc-Henri Soulet, titulaire de la chaire de travail social à l'Université de Fribourg, l'ouverture des institutions résidentielles à des non-abstinents découle autant des incertitudes économiques que d'une appréhension différente de la toxicomanie. Cette dernière n'est en effet plus une priorité de l'agenda politique. «Les institutions vivent un moment d'exacerbation de l'incertitude et, dans ce contexte, elles construisent simultanément les buts et les moyens d'action» explique l'universitaire. «La lutte est une priorité des professionnels. On ne vit rien d'extraordinaire. Agissons comme d'habitude.»

Le professeur zurichois Ambros Uchtenhagen a fait le point sur les récentes recherches concernant le mélange des

populations de toxicodépendants. «C'est plutôt un problème pour les thérapeutes que pour les clients. La préférence pour les traitements ambulatoires est toujours évidente. Quant aux traitements résidentiels, ils subissent un processus de diversification», remarque-t-il.

LA PRATIQUE EN AVANCE

Chiffres à l'appui sur six ans, le professeur Uchtenhagen constate que l'abstinence n'est plus un but absolu de la thérapie. Il ajoute que la pratique avance plus vite que la recherche. Un constat que sont venus confirmer plusieurs témoignages de praticiens vaudois et genevois, alors que Ruth Lüthi, directrice de la Santé du canton de Fribourg, a conclu ce premier colloque du genre.

MDL

Liberté 19/10/03



