

d é p e n d a n c e s

Décembre 04 • no 24

Editorial

1 Corine Kibora

Nouvelles exigences et nouveaux défis

2 Ueli Simmel, Franziska
Eckmann, Nicolas Dietrich

Orientation en fonction des groupes-cibles

7 Thomas Egli, Peter Burkhard

Procédure d'indication: une nouvelle réglementation inévitable?

10 Ambros Uchtenhagen

Résidentiel et hôpitaux psychiatriques: quelle amélioration de l'indication en Valais?

14 Jean-Daniel Barman

Optimalisation par la collaboration intercantonale

17 Eva Wiesendanger

Développement de la qualité: bilan intermédiaire

20 F. Eckmann, Susanne Schaaf

Méthadone et thérapies résidentielles: irrésistible combinaison?

23 N. Dietrich, A. Uchtenhagen

L'expérience de la cohabitation au Radeau

29 Emmanuelle Barboni

Substitution et abstinence au CRMT à Genève

33 Pierre Mancino,
Gérald Thévoz

Cours, séminaires

40

Quel avenir pour les thérapies résidentielles?

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



Groupement romand d'études
sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et
autres toxicomanies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870,
1001 Lausanne

Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies, GREAT,
Pêcheurs 8, case postale 638,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédactrice :
Corine Kibora, ISPA

Comité de rédaction :
Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Michel Graf,
directeur ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin, responsable
Espace Prévention, Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

La reproduction des textes
est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance
et de l'envoi d'un justificatif
à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini,
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

En 1999, dans le numéro de *dépendances* intitulé «Les institutions résidentielles en crise: état de la question», Gérald Progin soulignait que «les pistes de solutions» devaient passer

«par une sérieuse réflexion sur les valeurs, l'éthique et la qualité des prestations offertes par les institutions résidentielles.»

Si des démarches qualifiées ont été entreprises par les institutions, cela n'a pas empêché la fermeture de 40 d'entre elles ces six dernières années. Le retrait de l'OFAS dans le financement du réseau résidentiel a pesé lourd dans ces

restructurations, effectuées le plus souvent sur la base de restrictions budgétaires plutôt que sur des concepts de prise en charge.

Par ailleurs, les institutions, par l'introduction de contrats de prestations, doivent faire face à des exigences de *rentabilité*, qui aboutissent à des pratiques mettant en jeu l'éthique professionnelle.

Il n'est pas rare aujourd'hui que la durée du traitement soit raccourcie uniquement pour des raisons financières, ou que l'on refuse les cas les plus lourds pour maintenir *l'efficacité* des soins.

L'avenir du secteur résidentiel reste incertain: ce numéro, dont les articles ont été rassemblés par Nicolas Dietrich de COSTE, esquisse des pistes pour que le transfert de compétences aux cantons ne mette pas en péril

ce pilier de la politique des drogues, mais on perçoit que la mise en œuvre des solutions préconisées ne se fera pas sans difficultés. A ce jour, seuls six cantons ont terminé leur procédure d'adhésion à la Convention intercantonale relative aux institutions sociales. A cela s'ajoute l'évolution médicale de la prise en charge de la population toxicodépendante. L'intégration progressive des patients en traitement de substitution dans le parcours résidentiel a modifié les façons de penser le rétablissement, et, bien que le débat soit encore teinté d'idéologies, il est aujourd'hui admis que l'abstinence est un moyen parmi d'autres de tendre vers une meilleure autonomie. Il reste essentiel que les approches envisagées permettent de replacer la personne, ses besoins et ses ressources au centre du processus d'indication et du parcours thérapeutique. Cela implique la définition de groupes-cibles précis et d'objectifs thérapeutiques clairement établis. Cette perspective est un défi d'envergure à l'heure où les restrictions budgétaires guident beaucoup de choix. C'est pourtant à travers la mobilisation des différents savoirs professionnels qu'une prise en charge de qualité des personnes dépendantes pourra être maintenue.

Corine Kibora

Ueli Simmel,
Franziska
Eckmann, Nicolas
Dietrich, Centrale
de coordination
nationale de
l'offre de théra-
pies résiden-
tielles pour les
problèmes de
drogue COSTE
Traduit (part.)
par Dominique
H. Jenni

Les questions sociales et de politique des drogues vivent actuellement un moment difficile. Comme jamais auparavant, les offres des domaines de la santé et du social courent le danger permanent de passer à la trappe des mesures d'économie. Des perspectives professionnelles existent et sont nécessaires pour tenter d'y faire face.

Nouvelles exigences et nouveaux défis

Quatre constats, d'origines professionnelles très diverses et apparemment sans rapport entre elles, nous ont été relatés récemment et pourraient être formulés ainsi:

- **Deux EMS** de deux cantons romands différents, non spécialisés dans les dépendances, ont indiqué que les 85% de leurs patients pour l'un, respectivement 70% pour l'autre, sont dépendants de l'alcool.
- **Une institution** de thérapie résidentielle a enregistré, lors d'une récente admission, son premier client à l'AVS.
- **Des policiers**, membre du groupe de travail COP, faisaient part de leur désarroi en terme d'intervention face aux jeunes (12-16 ans), poly-consommateurs, en particulier abusaient et/ou dépendants de l'alcool conjointement à la consommation d'autres substances.
- **Plusieurs médecins** psychiatres et représentants des services ambulatoires spécialisés dans les dépendances nous ont fait part, lors d'une rencontre que nous avons organisé le 20

septembre 2004, de lacunes dans l'offre existant actuellement quant aux personnes toxicodépendantes qui manifestent des troubles psychiatriques sévères et multiples, pour qui des places supplémentaires dans des structures résidentielles ou semi-résidentielles seraient nécessaires.

Plusieurs mouvements conjoints dégagent en effet aujourd'hui de nouveaux savoirs mais aussi de nouvelles questions et contradictions qui font que les priorités actuelles de santé sont parfois hésitantes. Il existe en même temps:

- **Un vieillissement** et un rajeunissement de certains groupes de consommateurs, ce qui remet en question les interventions allant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs.
- **Une stabilisation** de la consommation d'héroïne et une extension d'autres dépendances (cocaïne, cannabis), mais aussi les dépendances sans substances. Un exemple: selon le chercheur et psychologue Dr David Greenfield «près de 6% des usagers d'Internet souffrent d'une façon ou d'une autre de dépendance à Internet» [Rochon, 2004]).

- **Un tissu professionnel** riche et diversifié et un constat des limites des offres actuelles: le débat de l'abstinence et/ou de la substitution sont par exemple toujours encore sources de positions émotionnelles et idéologiques.

- **Une volonté** d'augmenter l'efficacité des parcours à travers la mosaïque des interventions dans les dépendances et des prises de mesures d'économies souvent sans rapport avec l'efficacité de ces interventions.

On pourrait encore étendre cette liste, mais elle suffit pour poser quelques jalons et dégager les fils conducteurs que nous avons choisis de mettre en exergue et qui sont significatifs à nos yeux en terme de coordination de l'intervention professionnelle et porteurs de perspectives face ces nouveaux défis.

Paradigmes de l'abstinence et de la substitution

La querelle entre paradigme de l'abstinence et paradigme de la substitution a pour effet, sinon de nuire, du moins de freiner le développement de connaissances et de stratégies adéquates d'intervention (cf. Fleischmann, 1999), car la proposition d'introduire de nouveaux concepts, tels que «avec prescription de l'abstinence» n'est finalement pas plus fructueuse que la création du concept «acceptant l'orientation vers l'abstinence».

Mais peut-être ces disputes ne sont-elles que l'expression de l'état actuel du travail effectué en Suisse dans le domaine des dépendances, marqué par la création et le développement, ces dernières années, d'une offre thérapeutique riche et diversifiée. Les conceptions traditionnelles ne sont plus adaptées à la réalité d'aujourd'hui. Preuve en soit que les thérapies résidentielles communément décrites comme «orientées vers l'abstinence» acceptent depuis plusieurs années des personnes engagées dans des traitements de substitution et ont individualisé la thérapie. En contrepartie, des offres ambulatoires classiques – jusque et y compris le traitement avec prescription d'héroïne – ont développé des modes d'intervention tenant plus compte du collectif et sont sans cesse à la recherche de placements semi-résidentiels ou résidentiels pour stabiliser leurs patient(e)s. Ce faisant, elles profitent des expériences que ces institutions ont acquises, sur la base de la théorie de la socialisation, dans le domaine de l'intégration sociale et professionnelle. Comment expliquer, sinon, que même des tenants purs et durs du paradigme de la substitution demandent des offres de structures de jours, de *sleepings* et autres appuis sociaux?

Abstinence – un objectif thérapeutique parmi d'autres

L'abstinence, en tant qu'objectif suprême, a depuis longtemps perdu son caractère d'absolu et est devenu un objectif thérapeutique parmi de nombreux autres. Pourtant, la question de l'abandon total du produit garde à juste titre une place tout à fait centrale – y compris dans des approches dénoncées à tort comme relevant du paradigme de l'abstinence – comme le montrent les résultats de l'étude FOS, réalisée par l'Institut de recherche sur les addictions ISF dans les institutions de thérapie résidentielle de Suisse. L'interdisciplinarité et la mise en réseau vers l'extérieur font désormais partie intégrante des thérapies résidentielles.

Possibles approches orientées vers la solution

Plutôt que de se battre sur quelques distinctions conceptuelles, il vaudrait mieux se demander s'il n'y a pas d'autres voies pour surmonter ces différences. Le point de départ d'un travail et d'un développement futurs en commun pourrait dès lors être formulé comme suit:

Restreindre la dépendance à un phénomène pathologique à n'interpréter et ne traiter que médicalement est aussi insatisfaisant que croire qu'une amélioration des conditions sociales suffirait à résoudre tous les problèmes. Les professions concernées ne pourront éviter, à l'avenir, de beaucoup plus penser et agir en termes d'alternatives, «non seulement... mais aussi», le savoir et les connaissances issues de l'expérience de chacune d'entre elles devant impérativement être intégrés.

Des propositions concrètes existent déjà quant aux bases sur lesquelles pourrait s'élaborer un cadre définitionnel commun, à même d'aider à surmonter les limites citées plus haut (voir à ce sujet, les trois articles portant sur le thème de la méthadone en milieu résidentiel de N. Dietrich et A. Uchtenhagen, de E. Barboni et de P. Mancino et G.Thévoz).

Orientation logique sur l'efficacité

Une des approches possibles consiste à peser systématiquement les interventions réalisées par les institutions de thérapie et de traitement des dépendances à l'aune des buts visés. Outre les objectifs se rapportant directement au développement de l'individu, elles comportent presque toujours aussi des buts en relation directe ou indirecte avec le cadre de vie au sein duquel les individus vivent leur réalité sociale du moment. Les objectifs des thérapies sociothérapeutiques et pédagogiques, par exemple, sont extrêmement variés. Elles ont néanmoins toutes pour axe central la réintégration sociale et professionnelle, l'apprentissage ou la réactivation d'aptitudes rendant pos-

sible, autant que faire se peut, une vie autonome à l'intérieur du système social et de ses champs de socialisation que sont les groupes primaires, la formation, le travail et les loisirs.

En d'autres termes, toute intervention professionnelle constitue en soi une mesure subsidiaire, dont l'effet se rapporte toujours directement à un ou plusieurs aspects du cadre de vie quotidien d'une personne.

Conséquemment, la conception de base de toute intervention peut être considérée comme accompagnatrice, complémentaire ou substitutive du cadre de vie (Burkhard et al., 2003). A cet égard, la méthode utilisée – avec ou sans substitution, fondée sur l'abstinence ou autre – ne joue aucun rôle primordial. Beaucoup plus déterminant est d'orienter sans ambiguïté l'intervention vers des objectifs précis s'inscrivant dans le cadre de vie réel de la personne concernée.

Cela suppose toutefois un accord sur la désignation et l'opérationnalisation des objectifs. Or, même si certaines formulations des objectifs des *settings* ambulatoires (accompagnement ou complément du cadre de vie) paraissent a priori analogues aux concepts résidentiels (substitution du cadre de vie) – p.ex. la «réintégration sociale» – il s'avère rapidement que ces deux catégories se distinguent considérablement dans les prestations qu'elles offrent effectivement. Dans un cas, ce sont des contacts journaliers à hebdomadaires de quelques minutes chacun, dans l'autre une planification 24 heures sur 24 pour les 7 jours de la semaine.

Constitution de groupes-cible bien définis

Ces conceptions différentes correspondent à des groupes-cibles différents et n'obtiennent l'effet recherché qu'avec des groupes-cibles déterminés. Par groupes-cibles, on entend des groupes de personnes présentant un potentiel de ressources personnelles et des problématiques comparables.

Cet angle de vue permet de comprendre que les objectifs visés par des thé-

rapies résidentielles ou ambulatoires peuvent certes parfaitement se ressembler mais que leur mise en œuvre dépend en premier lieu des groupes-cibles visés et du potentiel de ressources que réunissent ces personnes. Concrètement, cela signifie que les exigences d'une intégration socio-professionnelle et de l'abstinence seront à l'évidence des objectifs trop élevés pour des personnes ayant peu de ressources et qui ont d'abord besoin de programmes permettant d'éviter leur paupérisation. A l'opposé, on pourra envisager et poursuivre des objectifs plus ambitieux avec des personnes disposant encore d'un bon potentiel de ressources.

La constitution de groupes-cibles et la spécialisation rendent possible la conception de programmes spécifiques ainsi qu'un soutien plus ciblé et plus efficace avec des prestations simultanément plus économiques. C'est là un fait avéré tant dans le domaine de l'offre spécialisée de thérapies résidentielles que dans la conception de polycliniques.

L'offre appropriée à toutes les problématiques, fournissant des prestations d'une grande qualité professionnelle pour toutes les situations, et de surcroît à un coût supportable, n'existe pas. Et ce même si, sous l'énorme pression d'une gestion rigoureuse des coûts, nombre d'institutions se voient contraintes d'accepter tous les clients(e)s et les patient(e)s potentiels. Dès lors, se pose légitimement la question de savoir si ces prestataires ne se trouvent pas entraînés dans une véritable dépendance commerciale de leurs client(e)s et patient(e)s – et ainsi indirectement contraints de renoncer partiellement à des principes professionnels fondamentaux.

Mesure des ressources personnelles du client («Modèle des ressources»)

Déterminer à quel public-cible des clients appartient – et ce afin de pouvoir formuler des critères d'indication et de contre-indication clairs et identifier ainsi l'offre la plus adéquate – nécessite d'établir le poten-

tiel intégral de leurs ressources individuelles. Chose qui doit s'effectuer en recourant à toutes les connaissances disponibles dans les domaines socio-bio-psychologiques, médico-psychiatriques et économique.

Il va de soi que ces diverses ressources doivent être évaluées en se référant directement aux objectifs visés et donc aux cadres de vie et aux champs de socialisation des personnes concernées. (voir ci-après l'article de P. Burkhard et Th. Egli).

Profil des prestations de l'offre

Mesurer le potentiel de ressources n'a à son tour de sens qu'à condition de connaître aussi les prestations fournies par l'institution. Là également, la description des prestations doit répondre aux objectifs visés et donc aux cadres de vie. En l'absence d'un tel ajustement, il ne sera guère possible d'aboutir à un placement «qui convienne exactement» dans une institution offrant le type d'interventions le plus adéquat.

Des propositions concrètes existent déjà, pour les institutions substitutives du cadre de vie, sur la manière de saisir et évaluer ces prestations ainsi que de les mettre à disposition de certains professionnels en tant qu'outil de travail pour des questions de placement (Burkhard et al., 2003).

Amélioration du processus d'indication

Les chances de pouvoir définir puis recommander, avec toute la qualité d'un service professionnel, une offre de prestation adéquate aux client(e)s/patient(e)s seront d'autant plus grandes que l'on confrontera systématiquement le savoir acquis au travers du processus d'indication et d'une connaissance détaillée des offres disponibles.

Ce savoir devrait être en principe être assuré par le réseau institutionnel des dépendances. Cela n'a en effet guère de sens de déléguer des compétences aussi importantes à des instances quelconques. Il serait largement préférable de mettre sur pied des servi-

ces d'indication spécialisés en fonction des besoins régionaux et locaux. Les situations complexes liées aux comorbidités, aux privations de liberté ou d'urgences, par exemple ont donné lieu, dans certains cantons, à la mise en place de procédures de collaboration ou même de certains dispositifs (voir l'article de J-D. Barman).

Un tel pilotage des flux de client(e)s devrait permettre de réduire le nombre de résultats hasardeux lors de la recherche de l'offre la plus appropriée et d'être moins vulnérable face à des décisions dominées par la seule raison financière. En cas d'adaptation des procédures actuelles, il conviendra toutefois d'intégrer encore de nombreux autres aspects importants, comme le montre A. Uchtenhagen dans son article.

Critères uniformes d'évaluation et de recherche

Tous les professionnels concernés qui en ont le pouvoir devraient insister pour que soit établi un inventaire uniforme de l'offre, étant entendu que cela n'est réalisable que sur la base de critères harmonisés, élaborés en commun. L'énumération mutuelle des succès de sa propre méthode ne faisant guère progresser le domaine des dépendances.

De plus, c'est dès la formulation de concepts d'intervention et de traitement que les connaissances des autres groupes professionnels concernés devraient être, à l'avenir, davantage prises en considération et intégrées. Un ancrage systématique de ce savoir pourrait ensuite s'effectuer, par exemple, dans le cadre du référentiel du système de management de la qualité (voir à ce propos l'article de F. Eckmann et S. Schaaf).

L'aide sociale en mutation: l'évolution des conditions-cadre

Les changements ne surviennent cependant pas que dans le domaine professionnel mais également au niveau sociopolitique. L'aide sociale et les diverses assurances sociales (AI,



Photo Interfoto

caisses maladie, AVS, etc.) se voient confrontées à d'importants défis, la pénurie de moyens et l'évolution démographique causant d'énormes difficultés aux collectivités publiques. Les projets en cours, tels, par exemple, la réforme de la péréquation financière et de la répartition (RPT), font présager un transfert notable de compétences aux cantons, ces prochaines années, contenant son cortège de risques et de garde-fous concernant les institutions pour handicapés dont font – pour l'instant encore – partie les thérapies résidentielles (voir à ce propos: Dietrich, 2004)

Les personnes toxicodépendantes à la recherche d'un lieu de traitement perçoivent ces changements depuis longtemps. Les critères présidant au choix d'un traitement ne se fondent souvent plus sur une indication pro-

fessionnelle, mais se basent sur la variante présumée la moins chère pour le service payeur. Etant entendu que *bon marché* ne se rapporte pas au montant des «espèces sonnantes et trébuchantes» versées, mais sous-entend que ce soit «un autre qui paye». Les communes commencent à préférer des offres financées par les caisses maladie aux traitements de la dépendance relevant de l'aide sociale. Elles se montrent également favorables à l'octroi de rentes AI à des âges relativement jeunes afin de ne pas (trop) entamer la caisse communale d'aide sociale – et ce même si les offres en question se révèlent *de facto* sensiblement plus coûteuses. Cela étant, ces raisonnements de «petit boutiquier» débouche sur un système confinant à l'absurde et ne font qu'accroître les coûts de l'aide sociale et des assurances.

En souffrent les personnes dépendantes, leurs proches mais aussi et surtout la société, qui en assume les conséquences sociales et financières. Il existe toutefois des éléments concrets qui visent à éviter ces mécanismes et leurs effets pervers. Divers projets de collaboration interinstitutionnelle ont déjà été lancés avec pour but d'améliorer la problématique des interfaces entre assurances sociales et institutions (Seco 2004). Une harmonisation des conditions-cadre s'impose impérativement, comme le prouvent des développements récents, rapides et pour le moins inquiétants que l'on constate sur le terrain:

- dans la thérapie résidentielle des dépendances, limiter par voie administrative, pour de purs motifs financiers et hors toute indication spécialisée, la durée de traitement n'est plus tabou;
- du fait de la récente augmentation des prix au niveau de tarifs couvrant les frais effectifs des thérapies résidentielles, on n'effectue plus, dans le pire des cas, aucun placement dans ces institutions, parce que la collectivité ne peut ou ne veut plus se le permettre;
- l'accent mis sur les compétences cantonales – notamment en vue de la RPT – renforce cette tendance à n'effectuer des placements que sur le territoire cantonal, même si aucune offre adéquate, d'un point de vue professionnel, n'est disponible;
- le transfert de compétences aux cantons prévu par la RPT pose la question de l'ancrage légal de l'offre thérapeutique qui était réglé, tout au moins partiellement jusqu'ici, par l'art. 73 de la LAI au titre des prestations collectives;
- la conception, tant qualitative que quantitative, du niveau et des priorités en matière d'offre thérapeutique elle-même et de mise sur pied d'offres de traitement des dépendances varie considérablement selon les cantons.

Il est néanmoins probable que les risques évoqués plus haut puissent être minimisés grâce à la nouvelle Convention intercantonale relative

aux institutions sociales (CIIS), qui intègre les institutions s'occupant de dépendances dans la nouvelle liste C (voir l'article de Eva Wiesendanger). Par ailleurs, l'introduction, en maints endroits, de contrats de prestations a fondamentalement modifié le rapport contractuel entre les pouvoirs publics et les offres de l'aide sociale. Enfin, outre des exigences en termes de qualité, les contrats de prestations prévoient aussi que le traitement apporte la preuve de son efficacité. La manière de le faire reste encore largement ouverte, ce qui n'est guère étonnant, compte tenu de la complexité du sujet et du fait que le débat sur l'*Outcome* ne fait que commencer. Là aussi, s'orienter, au reste logiquement, sur les objectifs ancrés dans les divers cadres de vie pourrait constituer une option prometteuse.

Perspectives

Notre but commun devrait être d'exploiter de manière optimale le potentiel de réintégration sociale, afin d'empêcher autant que possible une augmentation évitable des rentes AI et des dépenses de prestations sociales. Par ailleurs, les directives de la CSIAS

subissent actuellement une révision dans l'urgence. De nouveaux instruments seront élaborés d'ici le 1^{er} janvier 2005, qui devraient optimiser l'intégration professionnelle (mesures incitatives et lutte contre les abus) et prévoient une adaptation du niveau actuel des prestations. Dans quelques cantons et communes enfin, l'accès à l'aide sociale fait l'objet de nouvelles réglementations ayant notamment pour effet de séparer le conseil social de l'aide matérielle.

Faudra-t-il attendre pour connaître les conséquences que ces changements auront pour les personnes toxicodépendantes, qui ont de toute manière déjà bien des difficultés à s'intégrer socialement et professionnellement? Il faut aussi que cesse le perpétuel renvoi ou transfert de compétences, sachant que sont en cause des approches et des décisions globales fondées sur des critères professionnels. Seules des solutions conçues de manière professionnelle permettront d'atteindre à moyen et long termes une efficacité de qualité, pas trop coûteuse et peu problématique, et d'offrir aux personnes concernées le soutien efficace dont elles ont besoin.

Bibliographie

- P. Burkhard, T. Egli, U. Simmel, 2003: FiDé Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances, Manuel, COSTE, Berne, 2003.
- N. Dietrich, 2004: Thérapies résidentielles des dépendances: quel ancrage juridique d'un instrument de «client-treatment matching»? Revue *Droit, déontologie et soins*, éd. Masson, Paris.
- H. Fleischmann, 1999: Skeptischer Blick auf die Substitutionspraxis in der BRD. In: G.U. Bellmann/C. Jellinek/B. Westermann (Hrsg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Deutscher Studien Verlag. Weinheim, 230-239.
- J.-P. Rochon, 2004, *Les accros d'Internet*, éd. Libre expression, Outremont (Québec), p. 80.
- Seco (secrétariat d'Etat à l'économie, Direction du travail, 2004: Manuel pour la collaboration interinstitutionnelle (CII), Seco Berne.

Contact:

Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue COSTE, Eigerplatz 5, C.P. 460, 3000 Berne 14, Tél. 031 376 04 01, Fax: 031 371 04 04, n.dietrich@koste-coste.ch, www.koste.ch.

Thomas Egli,
Office fédéral
de la santé
publique, section
Drogues, Berne;
Peter Burkhard,
Directeur général
de l'Association
Die Alternative,
Ottenbach
Traduit
par Dominique
H. Jenni

Orientation en fonction des groupes-cibles

Pour améliorer l'efficacité des thérapies, les auteurs préconisent la définition de groupes-cibles selon les ressources individuelles des personnes plutôt qu'une orientation selon le type de substance consommée. (réd.)

Profil de ressources

Aucun niveau social, aucune couche sociale n'est à l'abri de problèmes de dépendance. Pourtant, l'événement déclenchant mis à part, les besoins en traitement et en soutien des personnes dépendantes et le regain d'autonomie qu'elles peuvent espérer évoluent de manière très diverse. Tant la littérature spécialisée que les milieux spécialisés situent toujours les perspectives de cette évolution dans le contexte des différentes substances consommées, approches réductrices qui renvoient à l'effet pharmacologique lié à l'émergence de la toxicomanie. Certes, des préférences peuvent être identifiées, au sein des divers groupes sociaux, quant aux différentes substances consommées. Elles ne fournissent néanmoins que très peu d'indications sur l'évolution de la dépendance, dans la mesure où elles reflètent avant tout des tendances liées à la culture, au statut, aux pairs et à l'économie, ou encore aux occasions de consommer des substances et à la possibilité de s'en procurer. En résumé, on peut dire que l'effet pharmacologique des substances consommées contribue sans aucun doute à influencer, au niveau individuel, les carrières d'addiction, mais joue un rôle moindre – par rapport aux ressources individuelles latentes – dans le choix des mesures adéquates de traitement et de soutien ainsi qu'en ce qui concerne le succès que l'on peut en attendre. Offrir des prestations véritablement professionnelles implique toujours de prendre d'abord en considération la culture du milieu d'origine et de l'entourage de la personne à prendre en charge, ainsi que son niveau social et ses ressources concrètes. Nous savons bien aujourd'hui que des surcharges, engendrées par certaines situations sociales, peuvent avoir des effets

Les phénomènes de dépendance, les thérapies visant à l'abstinence et autres mesures de traitement et de prise en charge sont envisagées de façon très variable en fonction des perspectives professionnelles. Tout aussi hétérogènes sont les connaissances nécessaires à une véritable professionnalisation. Tous les spécialistes s'accordent néanmoins pour considérer que la dépendance est liée à une perte d'autonomie personnelle ou, en d'autres termes, que le processus de socialisation de l'individu et son intégration sociale n'ont guère réussi.

Le concept de thérapie des dépendances et de réhabilitation englobe conséquemment toutes les mesures offrant à des individus dépendants la possibilité de prendre à nouveau une part normale à la vie sociale. Prise en charge, thérapie et réhabilitation ont donc pour tâche de mobiliser leurs ressources latentes et de combler des lacunes élémentaires afin d'atteindre le but visé, la reconquête de leur autonomie et une bonne socialisation personnelle.

L'abandon de l'exigence de l'abstinence et l'acceptation de mesures de

réduction des risques ont permis d'introduire des objectifs plus variés dans la pratique. Nous avons donc aujourd'hui aussi bien des traitements de substitution orientés vers l'abstinence à un bout du spectre, et des traitements de substitution axés sur le long terme à l'autre bout. Ce processus de différenciation s'est également imposé dans la prise en charge résidentielle, où des traitements complémentaires de substitution, orientés ou non vers l'abstinence, viennent compléter les offres résidentielles orientées vers l'abstinence. S'ensuit la possibilité de viser des objectifs variés, à même de tenir compte, par exemple, du profil de ressources préalablement établi, du parcours de dépendances, du spectre de l'âge et de la motivation individuelle des personnes concernées. Il est donc évident que le traitement de jeunes consommateurs ait pour objectif – dans le cadre d'une thérapie des dépendances – de les voir terminer leur scolarité et entreprendre une formation. Il est tout aussi naturel que d'autres objectifs soient fixés au traitement de consommateurs plus âgés au bénéfice d'une rente AI. Liste d'objectifs distincts qui peut être complétée à l'envi.

fondamentaux sur le comportement toxicomane.

Les compétences-clés permettant de mesurer les ressources effectivement disponibles ont trait aux ressources fondamentales, dont nous savons que l'absence augmente, à long terme, la probabilité de dysfonctionnements physiques et psychiques.

Identification des clientes et clients

Le «groupe» de tous les individus toxicodépendants nécessitant conseil, accompagnement, prise en charge et thérapie ou réhabilitation, ne se laisse plus enfermer aujourd'hui dans une même définition. Les problématiques sont en effet par trop nombreuses et variées: âge, sexe, intégration ou désintégration sociale, statut psychosocial et biopsychologique, problèmes psychopathologiques concomitants ainsi que situation sociale et financière (liste non exhaustive). Un groupe aussi hétérogène exige nécessairement une approche différenciée et des offres thérapeutiques spécifiques pour chaque groupe-cible, ce qui suppose de définir précisément ces groupes-cibles.

En pratique, on établira d'abord un profil de ressources du ou de la client/e. On peut ainsi établir quel setting permettra d'atteindre quels objectifs. Des investigations spécifiques traiteront des questions complémentaires, de nature psychosomatique, pénale ou culturelle (pour ne citer que les principales) qui doivent être prises en considération et intégrées dans le traitement.

Définition de groupes ayant des besoins ou objectifs analogues

En tant que praticiens, nous avons depuis longtemps adopté des définitions différenciées quant aux groupes-cibles et aux objectifs visés, et offrons des thérapies adaptées en conséquence.

Ce que nous n'avons pas encore ancré dans la pratique, mais qu'il est urgent de faire, ce sont des définitions **communes et interdisciplinaires**. Le

débat actuel sur la cocaïne illustre parfaitement ce besoin. Une fois de plus, comme il y a cent ans, on tente dans un premier temps d'expliquer le problème du consommateur par la substance consommée et l'on parle dès lors de **problème de cocaïne**. Cette approche pharmacologique s'accompagnant en général d'un tableau clinique médicopsychiatrique ainsi que d'indications sur les risques encourus. Voilà la méprise!

Les approches plus pratiques et impliquées dans le traitement mettent plutôt l'accent sur le statut social et financier, soit sur les ressources concrètes des divers groupes de consommateurs. Vus sous cet angle, trois groupes de consommateurs – constituant autant de groupes-cibles – peuvent dès aujourd'hui être décrits. Le premier d'entre eux comprend des membres très bien intégrés de la jet-set, du sport d'élite, du management, de la politique, etc. Le second est constitué de consommateurs encore intégrés ou partiellement intégrés, mais connaissant déjà d'importants problèmes de finances, de comportement psychosocial ou autres. Le troisième groupe – que le domaine résidentiel connaît le mieux – est celui des personnes toxicodépendantes de la rue, désintégrés, marginaux et consommant de la cocaïne et/ou d'autres substances en sus des drogues qui leur sont prescrites.

Avec cette approche, le groupe des consommateurs/trices bien intégré(e)s ne nous intéresse a priori guère puisqu'ils bénéficient habituellement de traitements privés spécialement mis sur pied à leur intention. Les marginaux de la scène de la drogue – en situation souvent problématique – sont connus et ont besoin de mesures globales de stabilisation à long terme ou, dans quelques cas, de réhabilitation. Le groupe-cible véritablement nouveau est constitué de consommateurs/trices de cocaïne encore relativement bien intégré(e)s mais menacé(e)s d'une désintégration croissante du fait de l'évolution de leur dépendance. Cette clientèle (encore) intégrée a besoin non pas d'offres substitutives à long terme du

cadre de vie, mais d'unités thérapeutiques nouvelles à même de tenir compte de son statut social.

Le schéma ci-contre présente deux exemples de ressources rencontrés dans le milieu de la cocaïne (en gris clair: consommateur/trice intégré/e; en noir: marginal/e de la scène de la drogue).

Représentation schématique des deux profils de ressources

Les profils de ressources ci-contre se rapportent à deux consommateurs de cocaïne: d'une part une personne encore intégrée et, d'autre part, une personne marginalisée et désintégrée. Les deux ont en commun une longue carrière de toxicomane, mais diffèrent complètement quant à toutes les autres dimensions importantes de leurs ressources personnelles. Si le premier manque clairement d'une ressource bien particulière du fait de sa problématique de dépendance, cette perte de ressources ne constitue, chez le second, qu'un déficit parmi d'autres. Ces deux exemples montrent clairement que des mesures de soutien différenciées doivent être mises sur pied. En somme, tout le monde parle de processus spécifiques pour les différents groupes-cibles. Même si toutes les approches apportent quelque chose de positif et ne manquent pas de pertinence, il n'en reste pas moins que les praticiens ne disposent ni d'une définition commune des groupes-cibles ni d'une approche globale du problème. Cela a pour conséquence néfaste de favoriser une perspective faussée de la situation, dans la mesure où, actuellement, seule l'idée que les termes «problème de cocaïne» recouvrent de nouveaux groupes-cibles est susceptible de faire l'objet d'un consensus! Il va de soi que la situation d'un Etat social «condamné aux économies» ne permet pas d'introduire un dispositif particulier pour chaque problème nouveau. Il n'empêche que l'efficacité et l'efficacités de notre offre de prestations ne pourront être assurées sans une certaine adéquation avec les groupes-cibles.

Gestion du réseau

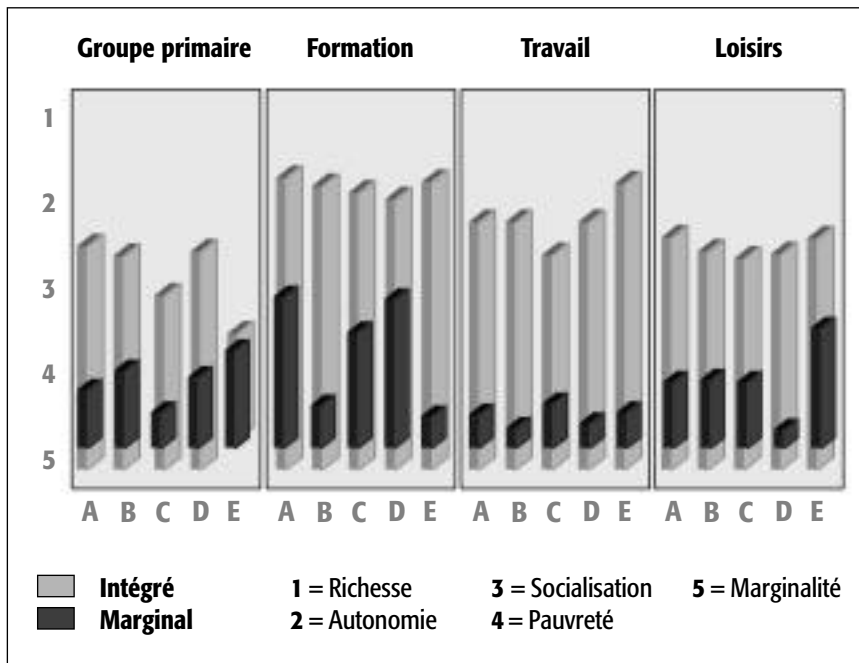
Bien d'autres interrogations surgissent dès lors qu'on porte le regard au-delà d'une institution particulière. Satisfaire à la multiplicité des groupes-cibles nécessite en effet des institutions très diverses et la volonté de gérer le paysage institutionnel selon des critères professionnels. Ce qui impliquerait d'une part une planification centralisée et, d'autre part, une transparence des critères de placement. Dans cette hypothèse, une collaboration suprarégionale est souhaitable, tant pour des raisons professionnelles qu'économiques. Une telle coopération concernerait tous les domaines du traitement des dépendances, les unités d'accompagnement, de soutien, de complément ou substitutives du cadre de vie, ainsi qu'à toutes les formes intermédiaires.

Résumé

S'orienter en fonction des groupes-cibles constitue l'une des conditions fondamentales et indispensables d'un traitement de qualité en faveur des dépendances. Un tel traitement de qualité nécessite de plus la volonté et les instruments appropriés pour instaurer une collaboration fructueuse au sein des différents domaines d'intervention et au-delà de leurs divers segments. Des approches concrètes existent déjà dans le domaine résidentiel et pourraient aisément être appliquées à d'autres domaines – moyennant des efforts raisonnables.

Bibliographie

- K. Hurrelmann, 2002: Einführung in die Sozialisationstheorie, Beltz Verlag
 Ch. Suter, Brändle M., 2000: Soziale Arbeit als Profession, FHS Zürich
 P. Burkhard, T. Egli, Simmel U., 2003: FiSu-Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie, Manual, KOSTE, Bern



Constitution de groupes-cibles dans la pratique

La description des problématiques des patients et les buts thérapeutiques visés sont donc déterminants pour la constitution de groupes-cibles, les aspects sociodémographiques ou les substances ne suffisant plus à les définir. Lors du traitement en effet, tant des exigences trop élevées que trop faibles peuvent rapidement entraîner des situations problématiques.

Dans le domaine résidentiel, seuls sont décrits des groupes de client(e)s pour chacun desquel(le)s l'institution établit un concept particulier, susceptible d'être appréhendé comme champ d'intervention original. Un tel concept englobe la structure, les processus thérapeutiques, l'engagement des moyens institutionnels, etc. Spécifique à un groupe-cible déterminé et défini par les buts visés; il se distingue clairement du concept établi pour un second groupe-cible, ou pour tout autre groupe-cible.

Dans le domaine résidentiel, un groupe-cible englobe ordinairement au moins huit clientes ou clients. C'est la raison pour laquelle les petites institutions n'ont généralement qu'un seul groupe-cible. Chaque groupe-

cible comprend des personnes ou des sous-groupes présentant des problématiques spécifiques dont le plan thérapeutique doit tenir compte.

Lors de la planification générale, cette clientèle demeure dans le groupe-cible préalablement défini, ces problématiques particulières étant travaillées en recourant à des ressources supplémentaires ad hoc. Aucun concept spécifique n'est donc établi pour ces problèmes supplémentaires. Par contre, les compétences supplémentaires nécessaires à leur prise en charge et à leur traitement sont précisées dans le concept de base.

Conceptualisation des institutions

L'élaboration de concepts institutionnels implique de veiller à leur cohérence et leur adéquation à la thématique de la dépendance. Ils se référeront aux théories scientifiques reconnues de la socialisation, de la psychologie, des sciences de l'éducation, de la philosophie et de la médecine.

Lors de sa conception, une institution peut, pour des raisons économiques et d'approches méthodologiques, prévoir plusieurs groupes-cibles. Cela se fera en mettant en œuvre synergies aux plans professionnel, du personnel et des infrastructures.

La pratique de l'indication thérapeutique doit être plus transparente et, en certains cas, améliorée. Nous tenterons ici de présenter les facteurs à prendre en compte à cet effet. Une nouvelle réglementation de cette procédure doit satisfaire à de nombreuses exigences.

Ambros
Uchtenhagen,
Zurich
Traduit
par Dominique
H. Jenni

Procédure d'indication: une nouvelle réglementation inévitable?

Une indication thérapeutique: pourquoi?

Pour donner à un traitement le maximum de chances de succès, il ne faut pas seulement de bons thérapeutes aux connaissances nécessaires et une infrastructure suffisante. Chaque cas individuel nécessite aussi une clarification dépassant la simple pose d'un diagnostic, clarification dont les points principaux sont la situation de vie du patient, ses problématiques, sa biographie antérieure, son potentiel personnel, ses besoins en conseil et en traitement, son aptitude à changer quelque chose et à prendre sur soi. Ignorer des éléments importants – tels qu'une polytoxicomanie, une comorbidité, une pathologie relationnelle, une situation spécifique de surmenage ou une situation conflictuelle à l'arrière-plan du comportement dépendant – réduit les chances de succès.

Il faut de plus une bonne connaissance des différentes thérapies disponibles et de leurs indications respectives ainsi que des institutions spécialisées de la région et de leur efficacité pour pouvoir évaluer où le traitement a le plus de chances d'aboutir dans tel ou tel cas.

Poser une indication suppose d'effectuer concrètement ce processus de clarification dans chaque cas. Cela sert à optimiser les chances de succès du plan thérapeutique choisi et permet de procurer aux personnes concernées un traitement approprié à chacun.

«Treatment matching»

Fournir un traitement ciblé n'est pas une idée nouvelle et fait l'objet d'une longue tradition dans le domaine de la thérapie des dépendances (McLellan 1983, Finney & Moos 1986). De multiples et nouvelles recherches

dans ce domaine ont permis d'identifier toute une série de facteurs susceptibles de jouer un rôle important dans ce *Matching*, facteurs présentés ci-après.

Importance des besoins des clients

Certains besoins spéciaux – en particulier ceux liés à des troubles psychiques tels que dépressions, états anxieux, troubles de la personnalité, troubles cérébraux et psychoses – doivent être pris en considération si l'on veut optimiser la pérennité et le succès d'une thérapie. Plus on parvient à tenir compte des humeurs, des vulnérabilités et des besoins thérapeutiques du patient, meilleur sera le pronostic (UNODC 2002).

Les toxicomanes atteints de troubles psychiques nécessitent en général des programmes thérapeutiques plus structurés (p. ex. Gottheil et al 2002, Moggi et al 1999).

Importance des objectifs thérapeutiques

L'indication joue déjà un rôle important au moment de décider des objectifs thérapeutiques. Quel changement faut-il poursuivre? En premier? Sur quels axes faut-il travailler à moyen et long terme? Seront déterminants à cet égard d'une part les besoins et objectifs de la personne concernée mais aussi l'expérience du thérapeute: des ambitions irréalistes portent en elles le germe de l'échec. Dernièrement, le choix entre consommation contrôlée d'alcool d'une part et consommation nulle (abstinence) d'autre part a gagné en importance, avant tout depuis l'introduction d'interventions précoces et brèves ayant pour but de substituer à une consommation nocive des modes de consommation mieux contrôlés (Heather & Robertson 1983, Heather 1995).

Une bonne intégration sociale et l'absence d'une psychopathologie marquée sont tenues pour être la condition d'une consommation contrôlée; à défaut, il est recommandé de viser l'abstinence (Nordström & Berglund 1987).



Photo: Interfoto

Importance de la méthode thérapeutique

L'éventail des méthodes et procédures à disposition est vaste, que ce soit dans le domaine des interventions psychosociales ou dans celui de la pharmacothérapie et d'autres thérapies biologiques. Le choix du traitement approprié peut certes s'appuyer en partie sur les résultats de la recherche, mais doit aussi tenir compte de ce qui est disponible.

Dans le domaine des interventions psychosociales, il convient de peser les avantages de l'aide professionnelle d'une part et de l'entraide organisée d'autre part. Les procédures empathiques, renforçant l'estime de soi et sa propre efficacité, sont opposées aux méthodes confrontatives, auxquelles s'ajoute l'aide offerte par diverses écoles psychothérapeutiques. La pose de l'indication a dès lors pour tâche de trouver dans quelle mesure une aide professionnelle est indispensable, si une approche confrontative peut tout simplement être supportée (ce qui n'est pas le cas pour de nombreux troubles psychiques), ou si une approche comportementaliste ou plutôt de résolution des conflits est indiquée. A l'heure actuelle, les procédures cognitivo-comportementalistes (UNODC 2002), sont considérées comme applicables tant aux personnes dépendantes que

lors d'interventions précoces contre une consommation nocive.

Concernant les méthodes pharmacothérapeutiques, on parle avant tout des thérapies médicamenteuses des rechutes ainsi que des traitements de substitution en cas de dépendance aux opiacés et au tabac.

L'indication pour la prescription d'Acamprosate et de Naltrexone en tant que médication contre le craving ne faisant pour le moment pas l'objet de règles unanimes, il est simplement recommandé de les prescrire en cas de fort craving.

Les thérapies de substitution pour la dépendance aux opiacés se sont grandement diversifiées. Le choix du substitut adéquat (méthadone, buprénorphine, morphine, LAAM) dépend donc du spectre de leurs effets, de leurs effets secondaires, de leur disponibilité et de leur prix (Johnson et al. 2000, Kosten 2003, Krausz 2003).

Le traitement des dépendances ne se limite généralement pas à des mesures isolées. Les thérapies pharmacologiques peuvent voir leur efficacité accrue par des mesures d'accompagnement psychosociales, comme les psychothérapies peuvent bénéficier du soutien de médicaments, pour autant qu'ils soient indiqués. Poser une indication a donc aussi pour but de peser le pour et le contre des diverses mesures à disposition.

Ambulatoire ou résidentiel?

Les traitements ambulatoires présentent certains avantages par rapport aux thérapies résidentielles, coûts moindres, meilleure acceptation de la part des intéressés, plus grande flexibilité pour personnaliser le traitement. Aussi est-il important de savoir quand une thérapie résidentielle est tout de même préférable, les conditions suivantes constituant des indications largement acceptées (d'après Wetterling 1997):

- Existence de troubles psychiatriques nécessitant un traitement
- Graves troubles cognitifs
- Interruptions antérieures du suivi thérapeutique
- Environnement favorisant la rechute
- Mauvaise intégration sociale, marginalité.

On tentera néanmoins tout de même une thérapie ambulatoire – même en présence de conditions plutôt défavorables à sa réussite – quand il n'est pas possible d'obtenir une adhésion à un séjour résidentiel, qu'un poste de travail important est en jeu ou que le financement dudit séjour pose problème. On admet aujourd'hui de privilégier un traitement ambulatoire en présence de ressources personnelles et sociales suffisantes, et en l'absence de complications médicales qui rendraient nécessaire une thérapie résidentielle (UNODC 2002).

Schémas d'indication

Il est possible de résumer schématiquement divers facteurs offrant des points de repère pour la pose de l'indication. Un tel schéma peut, par exemple, se présenter comme suit :

| Trouble psychique | Instabilité sociale | Besoin de structure | Degré de dépendance | Traitement indiqué |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| Faible | Faible / Moyen | Faible | Faible | Consommation contrôlée |
| Faible | Faible / Moyen | Faible | Elevé | Abstinence |
| Moyen | Faible / Moyen | Faible | Elevé | Peu structuré, ambulatoire |
| Moyen | Faible / Moyen | Elevé | Elevé | Très structuré, ambulatoire |
| Moyen | Elevée | Faible | Elevé | Peu structuré, résidentiel |
| Moyen | Elevée | Elevé | Elevé | Très structuré, résidentiel |
| Elevé | Elevée | Elevé | Elevé | Hébergement protégé, seuil bas |

Importance des besoins institutionnels

Les institutions et programmes thérapeutiques aussi posent des exigences à celles et ceux qui entendent recourir à leur aide. En font partie la capacité de participer activement au programme thérapeutique ainsi que la compliance à l'égard du cadre thérapeutique imposé. Quiconque ne remplit pas ces exigences ou refuse de souscrire à ces conditions-cadre ne sera pas admis.

Si des affections physiques ou psychiques concomitantes sont souvent causes de non-admission, un risque latent de suicide constitue généralement un motif d'exclusion, et cela d'abord pour protéger l'institution.

Conditions d'admission défavorables

Il faut également tenir compte, en posant l'indication, de ce que la prise de décision peut être grandement influencée par des facteurs institutionnels tels que durée d'attente, accessibilité, possibilité de personnaliser le programme, discrétion d'accès, modes de financement. Si un délai d'attente de plusieurs semaines peut réduire à néant la motivation pour un traitement, d'autres facteurs peuvent constituer des obstacles pratiques importants ou paraître inacceptables aux intéressés. Dès lors, la

réalisation de ce qui est souhaitable peut s'en trouver compliquée, voire même rendue impossible.

Importance du rapport coût-efficacité

Les coûts croissants de la santé ont pour effet que la thérapie des dépendances doit aussi consentir à des économies, ce qui peut conduire à privilégier des traitements meilleur marché, indépendamment de leurs résultats. Une politique plus sensée consisterait pourtant à préférer – parmi des traitements obtenant les mêmes bons résultats – ceux qui sont le plus avantageux, tout en gardant à l'esprit que la même thérapie et la même intensité thérapeutique n'est pas indiquée pour tous.

Cela signifie que l'indication doit également prendre en considération, en plus des considérations professionnelles et institutionnelles, des aspects économiques. Cela étant, les données sur les coûts effectifs des différents types de traitements ne sont cependant pas encore suffisantes pour constituer une véritable aide à la décision, bien que cela soit indispensable pour convaincre les services payeurs de la valeur d'un traitement.

Limites du Matching

Le souci d'identifier et d'appliquer, pour chaque cas, le meilleur traite-

ment possible se heurte à des obstacles d'importance.

Compte tenu du fait que de nombreux traitements aboutissent au résultat désiré et qu'aucun n'est supérieur à tous les autres (pour la thérapie de l'alcoolisme: Babor Et Del Boca 2002, pour le traitement des toxicomanies: Gossop et al 2001), l'importance du «bon choix» ne devrait pas être surestimé. Il faut de surcroît reconnaître que les bases scientifiques d'une indication ciblée sont souvent insuffisantes.

A cela s'ajoutent les attentes et préférences subjectives des patients. Non seulement, celles-ci limitent les chances de les orienter vers une thérapie ne correspondant pas à leurs propres représentations, mais font aussi partie de leur motivation à suivre un traitement et constituent donc un facteur thérapeutique à ne pas sous-estimer. On a du reste pu montrer que le résultat thérapeutique est meilleur lorsque le choix du traitement est laissé à l'intéressé (après information approfondie et, cas échéant, certaines restrictions) (Heather 1995: 39).

L'acceptation du placement par l'institution thérapeutique représente un autre problème. Toutes les institutions ne sont pas enclines à reprendre une indication posée par des tiers et se réservent conséquemment de poser leur propre indication, laquelle tiendra aussi compte de leurs besoins et priorités institutionnels.

Enfin, les directives juridiques touchant les patients faisant l'objet de mesures judiciaires constituent encore un tout autre problème. Les tribunaux ont fréquemment leur propre idée du traitement indiqué dans un cas donné.

L'art de l'indication

Comment faire de tout cela un ensemble cohérent? Peut-on poser une indication sur la base d'un schéma fondé sur la seule évidence scientifique? Il y a fort à douter que l'on obtienne ainsi les meilleurs résultats. L'évidence scientifique et la prise en considération permanente de nou-

velles découvertes sont une chose. Le savoir et l'expérience accumulés au contact des patients dépendants et des institutions en sont une autre. Il s'agit finalement toujours de peser – pour chaque cas particulier – tous les aspects et d'avoir l'art d'en tirer un plan thérapeutique consistant et convaincant, prenant en considération tant ce qui est souhaitable que ce qui est possible.

Conformément à la tendance en faveur de la protection des droits du patient et de l'abandon de décisions paternalistes et unilatérales dans le choix d'une thérapie, le processus d'indication se doit de tenir respectueusement compte des attentes subjectives des intéressés et de leur collaboration (Hämmig, sous presse).

Optimalisation de l'accès au traitement

Que ressort-il finalement de ce passage en revue des différents facteurs influant sur la pose de l'indication?

Conséquences pour le plan de prise en charge

Vouloir identifier et offrir à la majorité des personnes concernées un traitement aussi approprié que possible implique de disposer d'offres thérapeutiques adéquates et suffisantes tant en nombre qu'en qualité. En découlent des exigences de qualité à l'égard des diverses institutions mais aussi des réseaux thérapeutiques. En l'absence de complémentarité raisonnable et de collaboration efficace des institutions entre elles, améliorer la pose de l'indication n'a en soi guère de sens.

Enfin, un *Monitoring* des besoins thérapeutiques existants et émergents fait tout autant partie des conditions de planification de la prise en charge qu'une évaluation du besoin global de soins.

Conséquences pour le plan thérapeutique

L'indication thérapeutique constitue une partie exigeante du processus de clarification et de motivation qui s'apprend et exige aussi, compte tenu

des constantes mutations de ses fondements, une formation ad hoc permanente.

Importance de l'indication

L'indication a autant de valeur que la thérapie sur laquelle on se met d'accord. Plus la motivation des intéressés à suivre un traitement est respectée en tant que facteur thérapeutique et plus sont appliquées des procédures favorisant cette motivation, plus il devient évident que la thérapie – quelle qu'elle soit – doit être considérée comme soutien d'un processus d'autorémision, comme aide à la capacité de s'aider soi-même (Deiters 1990). Cela correspond à la tendance, en matière de prévention des dépendances, d'accorder au moins autant d'importance aux facteurs de protection qu'aux facteurs de risque. C'est aussi la reconnaissance de ce que promouvoir, dans la thérapie, les compétences propres au patient est généralement plus profitable que de vouloir convaincre ou imposer un traitement. S'ensuit une question essentielle pour la pose de l'indication: comment, dans un cas donné, soutenir au mieux une tendance à guérir par soi-même, et comment éviter au mieux une tendance à se nuire à soi-même?

Finalement, il en ressort que la procédure d'indication doit être organisée de façon à satisfaire au mieux à sa mission et au processus décrit dont dépendra aussi le fait qu'une nouvelle réglementation de l'indication contribuera ou nuira au succès d'une thérapie.

Bibliographie

T. Babor, FK. Del Boca, 2002, *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge University Press, Cambridge

J. Deiters, 1990, *Ambulante Therapie mit Drogenabhängigen – ein Beitrag zum Indikationsproblem*. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 13:45-50

JW. Finney, RH. Moos, 1986, *Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues*. In: Journal of studies on alcohol 47:122-134

M. Gossop, J. Marsden, D. Stewart, 2001, *NTORS after five years*. The National

Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre, London

E. Gottheil, C. Thornton, S. Weinstein, 2002, *Effectiveness of high versus low structure individual counselling for substance abuse*. In: American Journal on Addictions 11:279-290

R. Hämmig, in press: *Differentielle Behandlungsindikation – Indikation für Substitutionsbehandlung und Schadensminderung*. In: Abhängigkeiten

N. Heather, 1995, *Interpreting the evidence on brief interventions; the need for caution*. In: Alcohol and alcoholism 30:287-296

N. Heather, I. Robertson, 1983, *Controlled drinking*. Methuen, London

RE Johnson, MA Chutuape, EC Strain, SL Walsh, ML Stitzer, GE Bigelow, 2000, *A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence*. In: New England Journal of Medicine 343:1290-1297

T. Kosten, 2003, *Evidence for the choice between methadone, LAAM and buprenorphine*. In: H. Waal, E. Haga (Eds): *Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Evidence at the crossroads*. Kappalen, Oslo: 108-120

M. Krausz, 2003, *Maintenance treatment of opioid addicts with codeine and morphine*. In: H. Waal, E. Haga (Eds): *Maintenance Treatment of Heroin Addicts. Evidence at the crossroads*. Kappalen, Oslo: 121-128

L. Lindstrom, 1992, *Managing alcoholism: matching clients to treatments*. Oxford University Press, Oxford

AT McLellan, 1983, *Matching substance abuse patients to appropriate treatment methods: a conceptual and methodological approach*. In: Journal of nervous and mental diseases 171:597-605

F. Moggi, PC Ouimette, JW Finney, RH Moos, 1999, *Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes*. In: Journal of Studies on Alcohol 60:856-866

G. Nordström, M. Berglund, 1987, *A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: social drinking versus abstinence*. In: Journal of Studies on Alcohol 48:95-103

United Nations Office on Drug and Crime UNODC, 2002, *Contemporary Drug Abuse Treatment. A review of the evidence base*. United Nations, New York

T. Wetterling, 1997, *Therapieindikation*. In: T. Wetterling, V. Veltrup (Hrsg), 2001, *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen*. Springer, Berlin: 62-66

Résidentiel et hôpitaux psychiatriques: quelle amélioration de l'indication en Valais?

Jean-Daniel
Barman,
Secrétaire
général LVT

L'augmentation des personnes présentant un double diagnostic a conduit à la création d'une collaboration fructueuse entre institutions psychiatriques et celles traitant la dépendance. Cependant, l'offre existante ne répond pas entièrement aux besoins des cas d'urgence ou de privation de liberté, et ce malgré la mise sur pied d'un centre d'indication. Un constat qui exige de reconsidérer l'offre de soins. (réd.)

Dispositif original

La Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT), qui fête cette année ses 50 ans d'activités, s'est vue confier par le Département de la santé publique, début 1997, un mandat de prestation pour réaliser les objectifs généraux de prévention globale des toxicomanies dans le canton. Cette convention de collaboration découle de l'Ordonnance sur les toxicomanies de 1996, elle-même issue de la Loi sur la santé du 9 février 1996. Le Valais est ainsi l'un des seuls cantons suisses à disposer d'une association faîtière appelée à gérer les problèmes liés aussi bien à l'alcool qu'aux drogues illégales, aux trois niveaux de la prévention, avec des prestations dans les champs ambulatoires et résidentiels. Le décroisement drogue – alcool est effectif depuis plus de dix ans. La LVT offre également des réponses aux questions posées par les nouvelles formes d'addictions dont le jeu pathologique. Les Centres ambulatoires d'aide et de prévention (CAP) sont présents à Monthey, Martigny, Sion, Sierre et Brigue. Ils collaborent étroitement avec les Foyers Villa Flora, Via Gampel, Rives du Rhône et François-Xavier Bagnoud constituant le secteur résidentiel de la LVT.

Informations d'ordre psychiatrique sur la clientèle de la LVT admise en 2003

Les différents services de la LVT accompagnent quelque 1600 personnes par année. Dans les services ambulatoires, le réseau médical psychiatrique a participé à 10,5% des nouvelles admissions, respectivement 7,5% par les Hôpitaux (Malévoz et PZO) et environ 3% par les médecins psychiatres privés et les services ambulatoires des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR). Dans les institutions résidentielles, la psychiatrie est à l'origine de 13,2% des admissions, soit 5,3% par les Hôpitaux et 7,9% par les médecins psychiatres.

Dans les services ambulatoires, 15,2% des personnes admises indiquent être suivies par un médecin psychiatre. Elles représentent 19,3% lors d'admission dans les institutions résidentielles. En 2003, 214 personnes évaluées au moyen de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) dans un centre ambulatoire et 96 à l'entrée dans un foyer résidentiel de la LVT ont fourni des informations sur leur expérience de traitement pour des troubles psychologiques ou émotionnels. En ambulatoire, 59,8% des per-

sonnes ont indiqué avoir été traitées pour de tels problèmes contre 61,1% dans les institutions résidentielles. Cela montre clairement la présence de nombreux doubles diagnostics parmi les personnes toxicodépendantes.

Autre illustration significative de cette tendance, la répartition des diagnostics principaux, pour les Hôpitaux de Malévoz et du PZO, de 2000 à 2002, révèle un taux moyen proche de 18% de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. La forte représentation de cette population en milieu psychiatrique et l'augmentation des problèmes de comorbidité parmi la clientèle LVT ont, entre autres, motivé la direction de l'Hôpital de Malévoz et des CAP à signer, en octobre 2001, une convention actualisée régissant leur collaboration.

Une convention de collaboration à quelles fins?

Le seul Hôpital de Malévoz a signalé pas moins de 218 situations (deux tiers alcool et un tiers drogues) d'octobre 2002 à octobre 2003. 56% d'entre elles concernaient des personnes déjà connues de la LVT, souvent associée aux démarches précédant la demande d'hospitalisation. Le

terme d'une hospitalisation, pose souvent de gros problèmes. Peut aussi se présenter la nécessité de transférer une personne d'une institution du réseau à une autre. C'est le cas lorsque le centre d'accueil ne correspond pas ou plus à la problématique dominante du résident; lorsque le résident est en conflit avec le personnel ou les autres pensionnaires ou encore lorsque le résident traverse une période de crise, avec fortes turbulences, qui nécessite une adaptation des prestations et du cadre d'hébergement.

En dehors des placements qualifiés d'ordinaires, de loin les plus nombreux, le secrétariat du centre d'indication peut être interpellé. Il met rapidement en interaction les différentes institutions disposant de places libres. L'échange peut se faire directement par courrier électronique. Au besoin, une rencontre est organisée avec les représentants des institutions et du service placeur. Lorsqu'une solution adéquate est trouvée, le secrétariat du centre d'indication met à jour la base de don-

nées et transmet les informations aux membres concernés du réseau.

Bilan mitigé en dehors des nombreuses situations courantes

Force est de reconnaître que le centre d'indication n'a pas eu, pour l'heure, les effets escomptés. Est-il peu sollicité par manque de problèmes complexes? Cela tiendrait du miracle! A-t-il d'entrée révélé les limites du dispositif? C'est plausible. Mais pourrait-il en être autrement au vu de l'offre de qualité très spécialisée des centres résidentiels et de leur taux d'occupation très élevé?

Il manque, c'est certain, des paliers intermédiaires plus faciles d'accès. Pas plus qu'un autre canton, le Valais ne peut envisager d'augmenter son offre résidentielle en créant de nouvelles structures. La conjoncture ne s'y prête guère. Aura-t-il cependant le courage de reconsidérer l'adéquation de ses réponses aux besoins identifiés en matière de thérapies résidentielles des dépendances? A nouvelles exigences, nouveaux défis!

Bibliographie

Base statistiques LVT 2003

Statistiques des hôpitaux psychiatriques valaisans: psychiatrie adulte, années 2000-2002, rapport de l'Observatoire valaisan de la santé,

Frédéric Favre et Jean-Christophe Luthi

Convention régissant la collaboration entre l'Hôpital psychiatrique de Malévoz et les CAP de la LVT, Monthey/Sion octobre 2001

Privation de liberté à des fins d'assistance, lettre trimestrielle de l'association Pro Mente Sana, mars 2003

Privation de liberté à des fins d'assistance, article du Dr Raphael Carron, Médecin directeur des IPVR, courrier médical valaisan de la SMV, juin 2002

Rapport du groupe de réflexion sur la prise en charge des personnes dépendantes en Valais: fonctionnement du centre d'indication pour les institutions du domaine des dépendances, Service de l'action sociale, Sion, octobre 2003.

Optimalisation par la collaboration intercantonale

Eva
Wiesendanger,
adjointe
scientifique,
Conférence
des directrices
et directeurs
cantonaux
des affaires
sociales (CDAS)
Traduit
par Dominique
H. Jenni

Cet article décrit les différents instruments à disposition des cantons pour faire face aux nouveaux défis qui leur incombent en matière de prise en charge institutionnelle depuis le retrait de l'AI et dès l'introduction de la nouvelle péréquation financière. (réd.)

ment utilisables dans le cadre de ces modèles régionaux:

- Description uniforme des prestations et méthodologie de description reposant sur des prestations vérifiables et comparables;
- Affinement des profils de prestations des institutions en fonction de critères régionaux;
- Système de management de la qualité pour le domaine résidentiel des dépendances (QuaThéDA);
- Statistiques et rapports d'évaluations (coûts des institutions par canton et région, mouvements de la clientèle entre les diverses régions et cantons, état on-line de l'occupation des institutions en temps réel, etc.);
- Formation et soutien en faveur des personnes souhaitant utiliser les instruments on-line et les aides à l'indication;
- Sont de plus en préparation diverses aides à l'indication, en vue de placements appropriés et professionnels.

Contrairement à d'autres institutions du domaine social, les institutions résidentielles s'occupant de dépendances disposent donc déjà des principales bases professionnelles pour une collaboration intercantonale. C'est là un élément certes indispensable, mais pas suffisant. Avec le retrait de l'AI et l'introduction de la RPT (nouvelle péréquation financière, soumise à votation en novembre 2004) «la parenthèse fédérale» en vigueur jusqu'ici va tomber et les cantons seront responsables de la collaboration au plan national des institutions sociales¹. Qu'il faille à cet effet des conventions plus formelles va de soi: la planification dans le domaine des institutions sociales doit certes constamment tenir compte de l'évolution des besoins, mais supporte mal de brusques changements d'orientation. Il est cependant indispensable de disposer d'obligations et de conven-

Il y a actuellement en Suisse quelque 170 institutions de thérapie résidentielle des dépendances qui, selon le canton et leur mandat, dépendent de divers départements ou relèvent de la responsabilité des communes.

Ces six dernières années, quelque 40 institutions ont dû fermer leurs portes, de nombreuses autres se trouvent dans une situation financière dramatique et ne savent pas combien de temps encore elles pourront maintenir leur offre. Le couperet menace aussi indifféremment celles qui, quoique ayant rempli leurs obligations professionnelles, qualitatives et gestionnaires, sont malheureusement victimes du vide créé par le retrait financier de l'assurance invalidité.

Le fait est là: le domaine de la thérapie résidentielle des dépendances ne cesse d'évoluer, les institutions professionnelles investissent beaucoup de savoir et de ressources pour mettre à disposition de différents groupes-cibles des offres spécifiques tenant compte de besoins qui se sont fortement modifiés ces dernières années. Mais cela a un prix qui – à défaut de standards de prestation et de qualité – ne peut plus guère être contrôlé ni augmenté ou diminué en conséquence. Ce n'est cependant

dans l'intérêt ni des personnes tentant de sortir de leur dépendance, ni dans celui de la politique sociale cantonale de laisser le pilier de la thérapie et de la réhabilitation devenir un luxe ou, au contraire, de le solder au profit des places les moins chères.

Dès 1998, lorsque cette crise débuta, Confédération et cantons cherchèrent, en étroite collaboration, comment poursuivre – y compris dans le domaine résidentiel – la stratégie menée jusque-là avec succès en matière de politique des dépendances. La Confédération était prête à promettre des montants compensatoires pour la période de transition vers un modèle intercantonal satisfaisant de financement. Les cantons et la CDAS, de leur côté, ont montré – en collaborant au développement du modèle en question ainsi que dans le cadre de projets pilotes – leur volonté de trouver une solution nationale.

Si, finalement, aucun modèle de financement national suisse n'a réussi à s'imposer, des modèles comparables quant à leur finalité sont actuellement en cours d'élaboration et mis en œuvre au niveau régional. Par ailleurs, ces dernières années ont vu le développement d'importants instruments aujourd'hui déjà directe-



Photo: Interfoto

tions minimales auxquelles cantons et services placeurs puissent se fier.

Les conventions intercantionales ne sont certes pas un instrument nouveau dans le domaine social. C'est ainsi que la Convention intercantonale relative aux institutions (CII), en vigueur depuis 1987, a largement fait ses preuves. Bien que destinée d'abord, à l'origine, au règlement intercantonal des charges financières (entre cantons mettant à disposition des institutions et cantons qui en font usage), le besoin s'est fait peu à peu sentir d'étendre cette collaboration au-delà de simples questions de coûts. Furent ainsi abordées la possibilité d'une planification intercantonale, l'introduction d'une amélioration et d'un contrôle systématique de la qualité, ainsi que l'admission de nouveaux types d'établissements dans la convention.

Aussi la CII fut-elle soumise à une révision de fond. Les procédures de calcul et d'indemnisation des prestations furent adaptées aux exigences actuelles et une attention accrue fut portée aux exigences de qualité. Une importante innovation résida dans l'accueil des «institutions résidentielles s'occupant de dépendance» et des «écoles spécialisées». De surcroît, la convention se vit attribuer un statut juridique clair de concordat intercantonal ainsi qu'un nouveau nom: la CII

se transformant en Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS).

Cette CIIS fut mise sur pied par la CDAS en 2002 en même temps que s'ouvrait aux cantons la procédure d'admission (parallèlement à la procédure de retrait de l'ancienne CII). Actuellement, six cantons ont adhéré à la CIIS, une procédure d'adhésion étant en cours dans cinq autres. Quelques autres cantons nous ont informés oralement avoir entamé cette procédure. Nous espérons que les adhésions seront suffisamment nombreuses à fin 2004 pour pouvoir faire entrer en force la convention en 2005.

D'un point de vue technique, le processus d'adhésion ne doit pas être sous-estimé: selon les cantons, la signature d'une telle convention intercantonale doit être approuvée par le parlement cantonal ou le peuple. Alors qu'à Bâle-Ville, par exemple, une décision du gouvernement suffit, l'affaire relève à Fribourg de la compétence du parlement et nécessite, dans les Grisons, une votation populaire. A titre d'illustration, rappelons qu'il fallut trois ans pour que la procédure d'adhésion à l'ancienne CII fut close dans 13 cantons et que cette convention puisse entrer en vigueur (1984 - 1987) - même si, aujourd'hui, 24 cantons sur 26 en font partie.

Les cantons peuvent choisir les catégories d'établissements de la convention CIIS auxquelles ils veulent adhérer (Domaine A = foyers pour enfants et adolescents; Domaine B = institutions pour adultes; Domaine C = institutions résidentielles pour le traitement des dépendances; Domaine D = écoles spécialisées). Les réponses reçues jusqu'ici montrent que les cantons n'adhéreront pas sans autre à la liste C. La raison pourrait notamment en être qu'il ne s'est définitivement révélé qu'à fin 2003 que le modèle de financement FiDé ne serait pas introduit à l'échelle nationale. Y contribue peut-être aussi la tendance à privilégier des offres ambulatoires ou le fait que certains cantons ont délégué le domaine résidentiel traitant des dépendances aux communes. Du point de vue de la CDAS cependant, l'entrée de la thérapie résidentielle des dépendances dans la CIIS constitue une étape essentielle pour consolider une offre professionnelle et de qualité dans ce domaine². En effet, les offres spécialisées ayant une clientèle relativement réduite, elles ont besoin d'un bassin de recrutement relativement étendu alors même que l'accès à une offre thérapeutique adaptée à leurs besoins doit être garanti aux usagers et usagères, au-delà des frontières cantonales ou régionales. D'un point de vue thera-

peutique aussi, une certaine distance entre l'institution thérapeutique et le lieu de vie antérieur peut être indiqué. Afin que ce triage professionnellement fondé puisse effectivement être mis en œuvre et ne se heurte pas à des obstacles administratifs, il faut disposer d'une procédure de placement aussi peu compliquée que possible entre les cantons dans le cadre d'une convention.

La première Conférence nationale sur la drogue (NaSuKo) se déroula, en 1991, dans un climat politique des plus chauds. Le grand public, confronté aux images dramatiques du Platzspitz à Zurich, attendait des solutions rapides de la part des politiques. Compte tenu de cette pression, le large consensus ayant présidé à l'adoption de la politique des quatre piliers fut un coup de maître qui fit l'objet d'une grande attention internationale et contribua à calmer la situation ainsi qu'à améliorer les conditions de vie des personnes dépendantes.

Malheureusement, les succès dans le domaine social sont problématiques

du fait qu'ils sont perçus à l'extérieur comme «no news» et ne permettent plus de mobiliser l'attention publique. Il serait donc regrettable que le succès de la politique suisse des drogues incite à laisser passer l'occasion de stabiliser durablement chacun de ces quatre piliers. D'un point de vue intercantonal, le domaine résidentiel des dépendances nécessite avant tout les mesures suivantes:

- Intégration des institutions de thérapie résidentielle des dépendances dans la CIIS (adhésion des cantons à la «Liste C»);
- Réalisation de modèles régionaux de financement, poursuivant les travaux engagés jusqu'ici (en particulier concernant la description des prestations et le processus d'indication) et la mise sur pied d'une coordination interrégionale;
- Ancrage du développement de la qualité dans la CIIS, selon le modèle existant de QuaThéDA.

La CDAS s'engage à soutenir ces efforts. Les cantons continueront

cependant d'avoir besoin d'une bonne collaboration avec la Confédération et de son soutien actif, en particulier dans les domaines de la coordination et de la prévention.

Notes

¹ Au vu de la nouvelle réglementation AI et de sa pratique, on ne peut guère espérer que les institutions résidentielles de thérapie des dépendances puissent être réglées par la loi cadre, en préparation, sur les institutions destinées à l'intégration sociale des invalides (LIS). Cette loi ne concernant que des institutions recevant plus 50% de bénéficiaires AI.

² Cela est valable avec ou sans RPT, si ce n'est qu'avec la RPT, la CIIS pourrait acquérir un caractère obligatoire au plan national, dans la mesure où elle prévoit que la Confédération peut, sous certaines conditions, généraliser l'application d'une convention (soit aussi aux cantons qui ne l'auraient pas signée).

La revue **dépendances** s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.



Parmi les thèmes publiés

- Faut-il avoir peur de la cocaïne? (n° 18)*
- Adolescences et consommation de psychotropes: images de société (n° 19)*
- Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions? (n° 20)*
- Dépendance à l'alcool et vie professionnelle: quels enjeux? (n° 21)*
- Faire face au dopage festif (n° 22)*
- Grandir dans une famille touchée par l'alcool (n° 23)*

Abonnement:
Frs 45.- par an
Frs 20.- par numéro

A consommer sans modération!

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

F. Eckmann¹
S. Schaaf²
Traduit par
D. H. Jenni

Le bilan du développement de QuaThéDa est positif au point de vue professionnel, mais les problèmes de financement ainsi que le transfert de compétences de la Confédération aux cantons pourraient mettre en péril les acquis d'une politique qualité au sein des institutions. Selon les auteures, seule une mise en place de conditions-cadre valables pour tous les cantons permettra le maintien de thérapies résidentielles de qualité. (réd.)

Développement de la qualité: bilan intermédiaire

QuaThéDA (Qualité-Thérapie-Drogues-Alcool) est le système de management de la qualité conçu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour les institutions résidentielles du domaine des dépendances et introduit au plan national en 2002. A l'heure actuelle, 77 institutions du domaine des dépendances sont certifiées QuaThéDA, ce qui est d'autant plus remarquable, en particulier du fait que ces mêmes institutions auraient rempli les exigences de l'OFAS avec une simple certification OFAS/AI 2000. Selon les instituts de certification, le niveau des institutions QuaThéDA est généralement élevé. QuaThéDA constitue ainsi un pas supplémentaire sur le chemin de la professionnalisation de la thérapie résidentielle des dépendances et présente, du point de vue professionnel, un bilan positif.

Information et transparence

Des services améliorés, une politique d'information plus claire et une plus grande transparence des prestations, des règles thérapeutiques ainsi qu'en ce qui concerne les droits et devoirs font que l'introduction de QuaThéDA profite directement aux divers segments de la clientèle, de son entourage et des services placeurs.

Développement responsable de la qualité et moyens standardisés

QuaThéDA soutient l'approche que les centres thérapeutiques fixent leurs propres standards et indicateurs – dans le cadre des directives – et se développent de manière optimale, sous leur propre responsabilité, conformément à leurs conditions. L'OFSP, dans la suite du développement de QuaThéDA, a fait développer des instruments de mesure validés pour

les processus de thérapie et de prise en charge, l'objectif visé étant que certaines études soient réalisées par un organisme indépendant extérieur. Les institutions disposent ainsi – à titre expérimental durant une phase pilote – d'un instrument de mesure de la satisfaction des clientes et clients pris en charge (QuaThéSI-39) et d'un instrument de mesure de la situation de professionnelle et du niveau de burnout des collaboratrices et collaborateurs des institutions thérapeutiques (QuaThéTeam-58). QuaThéSI-39 a été élaboré par l'Institut de recherche sur les addictions ISF de Zurich et par l'Ecole d'études sociales et pédagogiques EESP à Lausanne, QuaThéSI-58 par l'ISF. Grâce au volet quantitatif de l'enquête, chaque institution peut se situer comparativement à l'ensemble de la Suisse, le volet qualitatif permettant aux institutions une explicitation directe des clients et des réflexions sur des améliorations concrètes du processus thérapeutique.

Des client(e)s satisfait(e)s

QuaThéDA fournit aux institutions thérapeutiques des instruments pour mesurer la satisfaction des client(e)s, car celle-ci est directement ou indirectement liée à divers aspects du résultats (Outcome). La satisfaction des client(e)s dépend positivement des succès thérapeutiques durant le séjour, du taux de rétention dans la

thérapie et de l'intégration après la sortie. 78 institutions, avec un total de 1223 client(e)s, ont participé à la deuxième récolte de données d'octobre 2003. Le groupe des client(e)s très satisfait(e)s se caractérise par un fort pourcentage de Suisses alémaniques, de femmes et de personnes plus âgées (plus de 40 ans). Les Romands et les Tessinois, les hommes et les client(e)s de moins de 30 ans sont plutôt insatisfait(e)s du traitement. Les client(e)s jugent particulièrement positif dans la thérapie de la dépendance leur propre développement personnel, les responsabilités personnelles qui leur sont confiées, le climat *fair* et amical, le contact avec l'entourage lors de l'entrée ainsi que la manière dont l'équipe les accepte. Pour le reste sont appréciés l'information claire sur les droits et devoirs, les déroulements et offres de thérapie et de traitement ainsi que l'équilibre du programme. Des améliorations sont souhaitées par les personnes en thérapie surtout par rapport à l'offre de sport et de loisirs. Font l'objet de critiques, comme on pouvait s'y attendre, des aspects posant des limites comme les entretiens de groupes, les réglementations concernant la télévision, la radio et la musique, ainsi que celles concernant les sorties et l'argent de poche. Le 3 septembre 2003, COSTE a organisé un colloque sur le thème de la satisfaction de la clientèle, colloque à l'occasion duquel les institutions thérapeutiques ont discuté, dans des ateliers, comment ils transposaient quels résultats dans leur travail quotidien et sur quelles demandes ils n'entraient pas, avec raison, en matière.

Des collaborateurs(trices) satisfait(e)s

Après l'introduction du questionnaire sur la satisfaction de la clientèle, l'OFSP mit aussi à disposition un instrument pour saisir la satisfaction du personnel, permettant de prendre en considération l'importance de l'équipe thérapeutique. Participèrent au questionnaire de novembre 2003, 663 collaborateurs et collaboratrices de 48 institutions (Schaaf et al., 2004).

L'évaluation des collaborateurs et collaboratrices se révéla généralement très positive. Ce qui ressortit particulièrement fut l'identification du personnel avec le concept de l'institution, l'absence de surcharge privée élevée, l'absence de frustration due au travail exigeant de la prise en charge de personnes dépendantes ainsi que la conviction d'effectuer du bon travail et de faire quelque chose d'utile pour les client(e)s. Le niveau de burnout des interviewé(e)s est faible. Ils/elles voient des possibilités d'amélioration aux niveaux de l'organisation du travail et de la gestion du temps (moins de temps consacré à l'administration, plus de temps pour la réflexion sur les processus des clients), l'organisation des tâches et des compétences (assumer plus de responsabilité), vis-à-vis des client(e)s (que les client(e)s non motivé(e)s donnent moins à faire au personnel), quant aux ressources (que moins de stress provienne de ses propres attentes) et quant au contexte politique (que la situation financière actuelle donne moins à faire aux collaborateurs/trices). Les centres thérapeutiques ont répondu que les résultats étaient utiles pour des changements tant dans le cadre des processus qu'au niveau de la direction et du management.

Qu'a le droit de coûter la qualité?

Les institutions ont beaucoup accompli au cours de ces deux dernières années. Il ne faut pas sous-estimer l'ampleur des ressources engagées dans la phase d'introduction. Les coûts d'investissement en ont pourtant valu la peine pour la plupart des institutions: les instruments QuaThéDA et les processus d'améliorations implémentés permettent un travail plus efficace, que ce soit au niveau professionnel avec les client(e)s ou que ce soit dans le management. Les indications pour un positionnement adapté de l'institution sur le marché furent également de précieux retours dans le cadre de la vérification externe par les certificateurs. Au fond, les institutions thérapeutiques se trouveraient aujourd'hui dans la

situation de pouvoir profiter financièrement aussi du travail accompli. Pourtant, une situation encore une fois modifiée se présente aux institutions résidentielles de traitement des dépendances: avec le retrait du financement de l'OFAS, il n'y a plus qu'un petit nombre de ces institutions résidentielles à recevoir encore des prestations collectives de l'AI. Même si l'introduction de QuaThéDA a amélioré, au plan professionnel, la qualité de la structure, du processus et de l'outcome des institutions, les promesses de prestations financières, qui étaient couplées à l'introduction d'un système de management de la qualité, étaient soudainement sans valeur.

Lors de la négociation de contrats de prestations au niveau cantonal, il est demandé d'apporter la preuve certifiée que des prestations de qualité sont fournies. Lors de la fixation du prix de ces prestations par contre, un SMQ certifié n'est pas expressément budgétisé.

Il y a certes des éléments qui indiquent que les services placeurs prêtent attention au label Qualité. Toutefois, la plupart du temps, ce sont toujours encore d'autres mécanismes qui déterminent les placements, comme les résultats de l'enquête d'indication confiée par COSTE à l'ISF l'ont montré (COSTE, Rapport de colloque, 2004).

Pour le moment, de nombreuses institutions sont confrontées, en plus, à des décisions d'économies de la part des cantons. Certaines institutions en viennent donc à se demander si une certification, qui représente un poste budgétaire non négligeable et amène une élévation professionnelle de la qualité, mais qui finalement n'a aucun écho financier, vaut tout simplement la peine.

Ancrage futur de la qualité

Avec le temps, il ne sera plus possible, dans les institutions thérapeutiques, d'offrir une qualité élevée et demeurer simultanément concurrentiel avec des prix avantageux. Ces évolutions contradictoires ne peuvent être combattues que par des reconnaissances

clairement formulées de la part des services placeurs et des organes cantonaux de surveillance: une thérapie de bonne qualité et efficace a un coût. Au vu de la situation décrite, il est également important que l'ancrage formel de la qualité puisse se poursuivre. A cet égard, les cantons, de même que les lois et contrats de prestations futurs joueront à l'avenir un rôle important.

Au niveau des cantons, des efforts sont actuellement faits, dans le cadre de la CIIS (Convention intercantonale relative aux institutions sociales) pour ancrer de manière contraignante des directives définies de qualité.

QuaThéDA doit être exigé en tant que système contraignant de management de la qualité pour la liste C des institutions s'occupant de personnes dépendantes. Dans le cadre du projet de réforme de la péréquation financière RPT aussi, la qualité des institutions recevra une base légale dans l'élaboration des conditions légales cadre pour les institutions destinées à l'intégration sociale des invalides (LISI).

Cohérence du label Qualité grâce à une vérification unifiée et un développement coordonné

Un processus coordonné concernant la mise en œuvre et la vérification de QuaThéDA et d'autres systèmes de qualité spécifiques est central pour empêcher que ne parte à la dérive la norme du système. Les services placeurs doivent pouvoir s'en remettre – en particulier lors de placements extra-cantonaux – à des labels reconnus avec des critères transparents. Jusqu'ici, c'est la plate-forme Confédération-cantons – que COSTE a créée sur mandat de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) –

qui avait cette fonction de coordination pour QuaThéDA et le domaine des dépendances. Après le transfert, de la Confédération aux cantons, de compétences pour l'assurance qualité et le financement, la vérification externe des exigences qualité doit continuer à se faire de manière uniforme et non pas être effectuée par chaque canton au moyen de critères et méthodes différents. QuaThéDA offre des conditions optimales pour préserver cette cohérence: en premier lieu par l'engagement de l'OFSP dans le développement de QuaThéDA pour l'ensemble du domaine des dépendances, avec la mise sur pied de formations continues et journées spécifiques, mais aussi avec la vérification externe de QuaThéDA en tant que système certifiable.

Jusqu'à ce que les futures législations et conventions entrent en vigueur, Confédération et cantons doivent préparer ensemble les conditions-cadre du développement futur de la qualité, avec pour objectif de créer des bases claires, constantes et loyales tant juridiquement que financièrement pour une thérapie de bonne qualité.

Notes

¹ Franziska Eckmann est adjointe scientifique de la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE)

² Susanne Schaaf est directrice de recherche à l'Institut de recherche sur les addictions (ISF)

Bibliographie

Satisfaction de la clientèle

LP Roy, M. Gottraux & B. Steiger (2004). Rapport général. Deuxième enquête de satisfaction menée auprès des institutions accueillant des personnes dépendantes QuaThéSI-39. 13-22 octobre 2003. Version destinée «Drogues illégales/Drogues illégales et alcool». EESP: Lausanne

LP Roy, M. Gottraux & B. Steiger (2004). Rapport général. Deuxième enquête de satisfaction menée auprès des institutions accueillant des personnes dépendantes. QuaThéSI-39. 13-22 octobre 2003. Version destinée «alcool seulement». EESP: Lausanne

S. Schaaf & M. Gottraux (2003). Gesamtbericht. Zweite Stichtagserhebung zur Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie QuaTheSI-39. 13.-22. Oktober 2003. Für Einrichtungen zur Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen bzw. illegalen Drogen und Alkohol. Zürich: Institut für Suchtforschung.

S. Schaaf & M. Gottraux (2003). Gesamtbericht. Zweite Stichtagserhebung zur Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie QuaTheSI-39. 13.-22. Oktober 2003. Für Einrichtungen zur Behandlung von Problemen mit ausschliesslich Alkohol. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Satisfaction des collaborateurs(trices)

S. Schaaf, D. Hampson & M. Reichlin (2004). Stichtagserhebung zu Zufriedenheit und Burnout bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in stationärer (und ambulanter) Suchttherapie QuaTheTeam-58. 17.-21. November 2003. Gesamtbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung.

S. Schaaf, D. Hampson & M. Reichlin (2004). Enquête de satisfaction et épuisement des collaborateurs d'établissements d'aide aux personnes dépendantes QuaTheTeam-58. 17-21 novembre 2003. Rapport général. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Enquête auprès des services placeurs

COSTE (Hrsg). 2004: Rapport 2^e Journée nationale du 2 avril 2004 sur le thème *Processus d'indication: Interdisciplinarité – Coordination – Instruments*. COSTE: Berne <http://www.coste.ch/fr/publ/index.htm> www.quatheda.ch

On dispose aujourd'hui d'un certain recul pour évaluer le bien-fondé des traitements avec méthadone dans les thérapies résidentielles et pour en décrire les conditions de succès. Tour d'horizon en Suisse. (réd.)

Méthadone et thérapies résidentielles: irrésistible combinaison?

N. Dietrich¹
A. Uchtenhagen²



Photo: Interfoto

Deux approches antithétiques?

Pendant longtemps, les deux approches principales pour le traitement de la dépendance des opiacés, à savoir le traitement méthadone et la thérapie résidentielle, ont existé de manière parallèle et se sont développées non seulement sur des voies complètement séparées, mais dans un profond antagonisme.

Que leur chemin allait un jour se croiser était alors unimaginable. La lutte était nourrie par leur intérêt à se maintenir sur le marché thérapeu-

tique, mais tout d'abord par des convictions et dogmes sur la nature de la dépendance et de sa prise en charge. Aujourd'hui, un air pragmatique a soufflé et on constate une tendance à se fier à des études et à des arguments scientifiques. Bien qu'elle soit encore lacunaire, la recherche actuelle sur les traitements les plus efficaces pour les clients ainsi qu'une situation plus serrée sur le marché thérapeutique ont ouvert le débat sur la faisabilité de combiner ces deux approches et sur des projets pour le réaliser.

Où en sont les thérapies résidentielles aujourd'hui en Suisse?

Depuis la fin des années 90, on constate qu'un bon nombre d'institutions ont intégré des personnes ayant un traitement méthadone dans leur programme et ce développement est significatif. Il n'existe que peu de données scientifiques actuelles sur les traitements méthadone dans les institutions résidentielles recensées par les instituts de recherche. Toutefois, la base de données de COSTE, mise à

jour au début 2004, fournit plusieurs informations à ce sujet. L'étude faite par Herrmann (Herrmann 2001) pour la Conférence nationale sur les traitements de substitution NaSuKo en 2001 nous livre également de précieuses informations.

Selon la base de données de COSTE, 27 institutions sur 82 (institutions résidentielles drogues illégales/alcool, localisées en Suisse, uniquement) ont des traitements à la méthadone, dont 13 en Suisse alémanique, 12 en Suisse romande et 2 au Tessin. Ce qui représente le tiers des institutions. Et, si l'on prend uniquement les institutions pour drogues illégales, près de 50% des institutions.

L'étude faite par Herrmann confirme ces chiffres et indique que 27 institutions de thérapie résidentielle ont des traitements méthadone, soit 412 clients, ce qui représente un bon 2% de tous les traitements méthadone recensés en Suisse. Il indique que pour plus du tiers des institutions, la part des client(e)s non abstinente est inférieure à 20%. 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 abritent 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.

Force est de constater que l'intégration de la méthadone dans les thérapies résidentielles fait partie intégrante du paysage institutionnel actuel, mais que ce développement s'est concrétisé de manière très variable d'une institution à l'autre.

Méthadone en milieu résidentiel? Est-ce vraiment la question déterminante?

Dans les différentes interventions des professionnels des dépendances, il existe des objectifs généraux que

personne, ni les médecins, ni les travailleurs sociaux, ne contredira :

- Changements dans la consommation de substances psychotropes: abstinence ou consommation contrôlée (réduction de la consommation, éviter des situations à risque telles que la conduite d'un véhicule sous l'influence d'un produit, etc.);
- Avancements dans les stades de motivation pour un changement;
- Favoriser les contacts sociaux favorables, éviter les contacts défavorables;
- Amélioration ou stabilisation de la santé somatique et/ou psychique;
- Style de vie approprié, insertion sociale et professionnelle;
- Surmonter les crises et rechutes.

Le milieu résidentiel met notamment davantage l'accent, avec davantage de moyens, sur les objectifs de réintégration sociale et professionnelle. L'abstinence n'est pour ce faire plus – et depuis longtemps – une condition nécessaire pour atteindre ces objectifs. Il reste vrai qu'un «moratoire» dans la consommation (volontaire ou forcé) peut être adéquat et nécessaire lorsqu'un mode de consommation chaotique avec intoxications continues empêche toute réflexion et toute collaboration. Tout comme une stabilisation sanitaire et sociale, telle qu'elle est prévue dans les traitements de substitution à la méthadone, peut améliorer les chances de réduction de la consommation. Par conséquent, une hiérarchisation des objectifs ne peut pas se faire de manière schématique, mais doit être adaptée à la situation individuelle du client au moment du choix du traitement/de la thérapie.

La question première est: quels sont les objectifs à atteindre pour chaque client au moment de l'indication vers un traitement/une thérapie?

Les professionnels du domaine des dépendances sont aujourd'hui unanimes pour dire que les clients ou les patients ne se définissent pas par les produits qu'ils consomment mais par leurs ressources et leur personnalité.

Combinaison de deux approches qui ont fait chacune leurs preuves?

Les deux approches ont fait leurs preuves et ont démontré leur efficacité.

La thérapie résidentielle 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 cinq ans (Gossop et al. 2003). La principale critique est une sélectivité élevée avec un faible accès et une rétention insuffisante.

L'approche de substitution a aussi ses résultats positifs: réduction des risques (VIH, hépatites, etc.), diminution de la délinquance, ainsi qu'un accès et une rétention supérieure. Mais les problèmes liés à une consommation illicite peuvent perdurer en dépit du traitement de substitution et la réinsertion sociale est souvent insuffisante.

On le voit, ces deux approches ont fait leurs preuves, mais ont aussi leurs points faibles. Les personnes au bénéfice d'un traitement de substitution constituent actuellement une population hétérogène, susceptibles de manifester plusieurs types de problèmes et donc d'appartenir à plusieurs groupes cibles différents.

Ces client(e)s ne nécessitent pas une orientation spécifique vers telle ou telle institution uniquement en fonction de besoins liés à leur traitement de substitution mais bien en fonction de leur problématique et ressources personnelles. Les deux approches ne résistent pas dès lors à être combinées.

A ce titre, l'intégration des traitements méthadone dans les communautés thérapeutiques ne constitue pas une troisième et nouvelle forme de traitement, qui résulterait d'une réunion par addition des deux approches résidentielle et substitution. Il s'agit plutôt d'un processus d'intégration au sein même du concept de thérapie résidentielle. La question est donc 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.

Concernant les modèles d'approche combinée, des recherches évaluatives sont en préparation en Suisse et à l'étranger. Certaines évaluations existent déjà et démontrent l'intérêt et la légitimité d'une telle approche. On peut par exemple mentionner celles de l'Association Le Radeau à Fribourg et celle de l'Association ARGOS à Genève (Le Radeau, COSTE 2004). En attendant d'autres résultats, on peut d'ores et déjà affirmer que cette innovation mérite toute notre attention, dans l'intérêt des clients comme dans l'intérêt des institutions déjà engagées dans un processus de réorientation.

Buts et conditions d'une approche combinée

Les buts d'une combinaison sont les suivants:

- Améliorer l'accès aux thérapies résidentielles pour des personnes avec méthadone qui pourraient profiter de ces offres. Autrement dit, pouvoir bénéficier des prestations des thérapies résidentielles sans devoir faire un sevrage, qui pourrait être déstabilisant;
- Améliorer la *compliance*;
- Améliorer le processus de stabilisation auprès des personnes substituées.

Pour atteindre ces buts, il faut remplir certaines conditions et des modifications concrètes doivent être mises en place. Parmi ces adaptations, les deux suivantes figurent en tête de liste:

• L'adaptation du concept et du personnel

Il est indispensable que le concept de l'institution soit retravaillé de manière à permettre aux différent(e)s collaborateurs(trices) comme aux instances de direction (Comité ou Conseil de Fondation compris) de soutenir ces adaptations et de les mener à leur terme.

Il faut du personnel approprié pour s'occuper des populations abusant de certaines substances. Par conséquent, une adaptation efficace du modèle de la thérapie résidentielle à de nouvelles populations nécessite que tout

le personnel, indépendamment de sa formation de base ou de son orientation thérapeutique, soit engagé et s'implique personnellement dans ces modifications. Nous avons constaté, dans nos contacts avec les institutions, que si certains problèmes apparaissent après avoir introduit la méthadone ou pendant son introduction, ils résultent la plupart du temps d'une concrétisation incomplète ou insatisfaisante de ces deux conditions.

En outre, d'autres éléments importants doivent également être adaptés:

• Formation interdisciplinaire

La formation interdisciplinaire est indispensable entre les professionnels qui ont beaucoup d'expérience des 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 client(e)s résidant dans les communautés thérapeutiques (dans certains cas une à deux fois par 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): différents modes de consommation; différents modes de vie; degré de motivation à l'entrée du programme thérapeutique; différenciation individuelle quant à la vitesse dans le processus de changement.

Après avoir introduit la méthadone depuis quelques mois dans son programme thérapeutique, un directeur d'institution faisait un constat qui corrobore cette nécessité. Il a relevé *«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.»*

• Mise en place d'un système de distribution et un suivi médical systématisé

Un *setting* professionnel pour la distribution de la méthadone doit être mis en place et n'oublions pas qu'il n'y a pas si longtemps, des médicaments étaient distribués dans la salle de séjour. Par conséquent, les relations avec le/la médecin responsable de la prescription de méthadone doivent être très bien réglées et les questions suivantes doivent trouver des solutions claires et acceptées de tous: comment se déroulent les changements de dosage de méthadone, que se passe-t-il en cas de 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 consulte un médecin externe, etc. De manière générale, plus le modèle intègre les partenaires médicaux et plus les expériences s'avèrent positives.

L'étude susmentionnée d'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 consultant externe (52%) ou bien ont leur propre poste de médecin interne (environ 11%).»*

• Sevrage

Le sevrage de la méthadone n'est pas essentiel, bien que certain(e)s client(e)s 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 (Déglon 2003), «*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.*» Comme piste de recherche, on pourrait suggérer de vérifier si avec une amélioration du processus d'indication on ne parvient pas à réduire ce temps de stabilisation.

Sur cette question de sevrage et d'abstinence, plusieurs institutions ont élaboré une attitude claires, 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 et une verbalisation des consommations des drogues illégales, mais aussi des médicaments et de l'alcool. La plupart des institutions ont intégré, depuis plusieurs années déjà, les personnes toxicodépendantes qui ont une prescription de médicaments comme des anti-dépresseurs, des neuroleptiques, voir 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 des 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). Par ailleurs, la méthadone a parfois été investie de trop d'attente de la part des professionnels, qui ont pensé que les consommations non prescrites diminueraient, voire disparaîtraient grâce à la méthadone. La méthadone ne doit



donc être ni dramatisée, ni surinvestie 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 chez les professionnels, elle en prend aussi de la part des client(e)s. L'attitude de l'équipe thérapeutique est donc déterminante. Si l'«*ouverture à la méthadone*» se fait à contrecœur et que la culture d'une stricte abstinence perdure, l'intégration de la méthadone sera difficile et parfois contre-productive pour les client(e)s, pris en otage dans une double logique qui pourrait être traduite ainsi: «*on accepte votre méthadone, mais nous ne voulons que 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.

• Règles et 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 peuvent consister en une exclusion générale du programme. Et si le client devait arrêter de lui-même son traitement méthadone, sans aucune planification avec son médecin, alors cela peut dans certains cas remettre en question son maintien dans l'institution.

• Cohabitation d'une population mixte

Quant à la cohabitation entre personnes abstinentes et personnes ayant un traitement de substitution, en principe aucun aménagement ne

serait nécessaire. Dans la pratique, on constate toutefois des attitudes différentes entre certaines institutions. L'étude d'Herrmann (Herrmann 2001) 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 a mis en place un *setting* différent. Les remarques les plus fréquentes ont trait à un assouplissement du traitement et sont ainsi répertoriées:

- 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 relèvent 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.

En résumé

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 de l'attitude 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 l'attitude institutionnelle face à la méthadone. Dans l'expérience genevoise, par exemple, Broers (Broers 2003) 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 les autres résidents qui ont 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 objectifs. Les remettre fondamentalement en question, par exemple en intégrant des client(e)s pour des modules à la carte et de très courte durée, s'avérerait contre-productif. 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) a très bien exploré les résultats des thérapies résidentielles à la sortie et après la sortie.

Quels groupes-cible peuvent bénéficier de cette combinaison?

Un certain nombre d'éléments doivent être pris en compte dans l'indication spécifique en faveur d'un traitement résidentiel, en particulier:

- Déficits de conditions minimales pour une prise en charge ambulatoire comme par exemple une collaboration insuffisante et/ou une incapacité à s'autogérer);
- Moratoire (éviter une intoxication permanente et l'impossibilité d'accéder à un éventuel changement);
- Sevrage (entier ou partiel);
- Préparation d'un traitement ambulatoire

La motivation et le souhait du client/patient doit bien entendu également être pris en considération dans le processus d'indication et de choix d'un traitement/d'une thérapie.

Quand aux groupes cibles, on songe surtout aux héroïnomanes qui, pendant leur traitement à la méthadone, ont un style de vie continuellement chaotique et une consommation non prescrite. 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 sont prêts

pour un séjour résidentiel, mais pas (ou pas encore) pour l'abstinence, peuvent aussi profiter d'une approche combinée.

Pour avoir une idée réaliste de ce groupe de candidats potentiels, les traitements précédents de la clientèle des traitements résidentiels en Suisse 1995-2001 (d'après Schaaf et al. 2002) fournissent certaines indications claires:

- 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 environ 25%.

Les deux derniers groupes pourraient former des 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 sous méthadone (Schaaf et al. 2004). Il est donc réaliste d'expérimenter sérieusement et plus systématiquement ces approches combinées.

Et la substitution à l'héroïne?

La plupart des constats faits ci-dessus sont également valables pour les personnes qui suivent un programme d'héroïne. Par conséquent, on devrait dès maintenant amorcer des réflexions pour pouvoir les intégrer dans les thérapies résidentielles. Dans l'état actuel des recherches et des évidences sur la substitution à la méthadone, il n'y a aucune raison de les écarter de ces réflexions. Deux institutions allemandes ont déjà expérimenté depuis plusieurs années l'intégration d'usagers avec une substitution à l'héroïne dans leur thérapie.

Mais encore...

Les évidences scientifiques sur les traitements résidentiels et sur les traite-

ments de substitution pour l'héroïnomanie nous donnent une excellente base de réflexion sur les possibilités d'une combinaison et permettent ainsi de développer de nouveaux potentiels. Pour ceux que cela intéresse, certaines recherches méritent d'être relevées comme celles, de KOFOS en Suisse, de De Leon aux USA, de Broekaert en Belgique, de Kethea en Grèce, de NTORS (Gossop et al. 2003) en Angleterre, pour les traitements résidentiels. Et celles 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).

Les études et les évaluations sur ces modèles combinés en Suisse sont indispensables et doivent pouvoir être poursuivies. Nous ne pouvons qu'espérer que des moyens puissent être réunis pour approfondir ces connaissances et leur donner une plus grande assise scientifique.

Notes

¹ Nicolas Dietrich, Adjoint scientifique à COSTE (Centrale nationale de coordination de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue)

² Ambros Uchtenhagen, Président du Comité, Institut de Recherche sur les Addictions à Zurich (ISF)

Bibliographie

Association le Radeau en collaboration avec COSTE (2004): Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: au carrefour des représentations et des pratiques, Berne

http://www.coste.ch/pdf/conf/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf

Base de données de la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE):

<http://infoset.concepto.ch/coste/Search.cfm?Ing=2>

B. Broers (2003), Division d'abus de substances, Hôpitaux universitaires de Genève, selon entretien téléphonique.

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

JJ Déglon (2003): *Peut-on envisager d'arrêter son médicament de substitution?*

Fondation Phénix, Genève,
<http://www.phenix.ch/doc/deglon-11.htm>

G. De Leon (1996): Integrative recovery. A stage paradigm. *Substance Abuse* 17:51-63

G. De Leon (1997): Community as method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. Greenwood, Westport CT

G. De Leon (2003): Integrating maintenance and different therapeutic programming. In H. Waal, E. Haga (Eds.) *Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads* (pp 296-314). Cappelen, Oslo

G. De Leon (2003): Therapeutic Community and Methadone Maintenance (Passages). A case illustration of an integrated treatment approach. In H. Waal, E. Haga (Eds.) *Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads* (pp 315-320). Cappelen, Oslo

O. Espegren (2003): Twelve Step Programme and Methadone Maintenance Treatment. In H. Waal, E. Haga (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

M. Gossop, J. Marsden, D. Steward, T. Kidd (2003): The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 years follow-up results. *Addiction* 98:291-3003

H. Herrmann (2001), *Die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz* (2000), NaSuKo 2001, Büro für sozioökonomische Studien & Projekte, Basel, pp 74-80.

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

RL Hubbard, ME Marsden, JV Rachal et al. (1989): *Drug abuse treatment. A national study of effectiveness*. University of North Carolina Press, Chapel Hill

H. Klee (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

S. Schaaf, M. Reichlin, D. Hampson, E. Grichting (2002): *Jahresbericht Forschungsverbund stationäre Suchttherapie*. Institut für Suchtforschung, Zürich

S. Schaaf, E. Grichting, D. Hampson, M. Reichlin (2004): *Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahre 2003*. Institut für Suchtforschung, Zürich

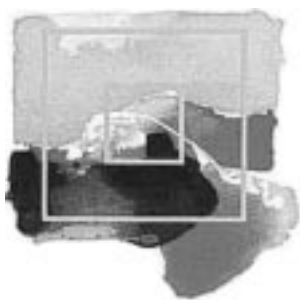
DD Simpson, GW Joe, BS Brown (1997): *Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study DATOS*. *Psychol Addict Behav* 11:294-307

A. Uchtenhagen (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

L'expérience de la cohabitation au Radeau

Emmanuelle Barboni, psychologue, adjointe à la direction de l'Association le Radeau, Orsonnens



Intégrer les personnes en traitement de substitution sous son toit a permis au Radeau, centre de thérapie résidentiel, de confirmer la place de l'individu au centre du processus, la réinsertion devenant le moteur d'une éventuelle abstinence et non l'inverse. (réd.)

Face à ces questions épineuses que représentent la méthadone en milieu résidentiel ainsi que la cohabitation de personnes abstinentes et de personnes en traitement médical, le Radeau, centre thérapeutique pour personnes toxicodépendantes, situé à Orsonnens, dans la région fribourgeoise, profite de l'occasion pour faire part de son expérience en la matière.

Créée en 1981, après avoir accueilli pendant près de vingt ans des personnes abstinentes, sevrées de tout produit, avec, pour objectif, la réinsertion professionnelle, sociale ainsi que la reconstruction personnelle, l'association ouvre ses portes aux personnes sous prescription médicale de méthadone, de subutex et autre médication connexe.

Après vingt ans d'abstinence, s'ouvrir à l'accompagnement aux personnes en traitement médical et, de plus,

mélanger les deux types de population, quel défi pour une petite institution comme la nôtre (12 places)! Si ce n'est le risque d'incohérence en lien avec la cohabitation, comme se sont empressés de le soulever quelques voix critiques, tout au moins celui de la nouveauté et de l'originalité, avec le cortège d'incertitudes directement liées au changement.

Comment, pour une équipe d'intervenants pluridisciplinaires d'une dizaine de personnes, digérer, assimiler, cette nouveauté?

Dans les lignes qui suivent, nous allons donner un aperçu de comment se passe, concrètement, la cohabitation au Radeau et du pourquoi de sa mise en place, de la construction de cette diversification de la population accueillie. Nous aborderons ces sujets de la cohabitation et de la prise en charge des personnes en traitement par la méthadone en résidentiel en nous référant notamment à l'étude mandatée par l'institution elle-même

auprès de la chaire de Travail social de l'Université de Fribourg, étude traitant des effets de la cohabitation sur la clientèle et les professionnel(le)s du foyer ainsi que sur ses principaux partenaires extérieurs.¹

Quelques interrogations

«... 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?»²

C'est en ces termes que s'interroge un interlocuteur appartenant au groupe politique tiré de ladite étude. Pour les collaborateurs du Radeau, dans la perspective de l'arrivée de personnes en traitement de substitution, la réflexion s'est posée à travers des questions de cet ordre:

- Quels sont les effets de la méthadone?
- Pourra-t-on encore mener à bien notre mission de réinsertion socio-professionnelle?
- Pourra-t-on maintenir les exigences dans les ateliers et les différents espaces de paroles?
- Les personnes abstinentes seront-elles influencées par le fait de voir d'autres personnes prendre des produits de substitution et réciproquement?
- Comment gérer les reconsommations?
- Y a-t-il des risques plus importants d'overdose pour une personne qui prend de la méthadone?
- Où allons-nous stocker la méthadone?

Cette liste d'interrogations est loin d'être exhaustive, mais reflète l'état d'esprit de l'équipe avant la mise en place du projet.

Pourquoi ce changement, pourquoi ouvrir nos portes aux personnes en traitement de substitution, pourquoi ce nouvel élan? Au départ, il est directement en lien avec le recul progressif des demandes d'admission constatées depuis 1998.

Alors, nous nous sommes interrogés: que s'était-il passé, pourquoi cette baisse d'intérêt pour une démarche en résidentiel? Les personnes toxico-dépendantes auraient-elles tout à coup décidé de toujours consommer? Auraient-elles décidé de tenter l'expérience de l'arrêt du ou des produits en solitaire? Non, le fait était que très peu d'institutions entraînent en matière pour des personnes en cure de méthadone, les portes des résidentiels étant closes, pour la plupart, aux «substitutions»!

Le Radeau a choisi alors de réagir et de créer de l'offre, une offre sérieuse, sans modifier ses prestations de base: la possibilité de suivre une thérapie, en résidentiel, avec traitement de substitution.

En effet, l'objectif principal restant le même qu'auparavant, à savoir la réinsertion sociale de personnes en difficulté avec les drogues.

Quelques améliorations

Le partenariat

Concrètement, nous avons tenté de faire face à l'arrivée des personnes en traitement de substitution en sortant de notre routine quotidienne, en visitant et échangeant avec des professionnels des dépendances, en confrontant divers points de vue.

Nos principales peurs et questions se sont rapidement dissipées pour faire place à la motivation et l'envie d'offrir nos services ainsi que notre cadre thérapeutique aux personnes en traitement de substitution.

En ce qui concerne nos contacts avec le domaine médical, nous précisons ici que l'accueil de la population en traitement par la méthadone nous a permis de nous rapprocher, de raffermir nos échanges professionnels et d'installer une étroite collaboration avec lui.

Aujourd'hui, nous avons également un médecin de référence attitré avec lequel des liens réguliers et des évaluations planifiées sont programmés. Ce partenariat est essentiel dans la réussite de la thérapie et du traitement médical.

Les pistes de réflexion

Par rapport au sevrage et l'abstinence, il s'agit là d'une question complexe dans la mesure où se mêlent des convictions personnelles qui touchent non seulement les individus sous méthadone, mais aussi leurs familles ou amis. Pour ces personnes, l'idéologie dominante derrière la méthadone est souvent encore celle du mauvais objet. Le désir des clients est, dans la majorité des discours que nous rencontrons au Radeau, d'arrêter, au plus vite, ce produit contraignant, ce désir n'étant pas forcément toujours la meilleure solution thérapeutique.

Les recherches actuelles démontrent, cependant, que ce médicament qu'est la méthadone doit être manié avec beaucoup de précautions. En effet, selon les études, le projet d'abstinence devrait se construire avec des individus motivés, bien intégrés socialement et qui sont stabilisés sur

le plan psychosocial. C'est également dans ce sens que la philosophie du Radeau concernant la prescription de la méthadone s'oriente, de concert avec le point de vue du médecin, tout en prenant en compte le désir de la personne accueillie. En fait, les pressions sociales concernant le sevrage de la méthadone ne se situent pas seulement au niveau de la famille ou des amis du client, mais parfois aussi au niveau des professionnels du réseau et du milieu politique. Lorsque nous évoquons les termes «recherche» ou «étude», nous pouvons également faire mention du colloque³ organisé par le Radeau qui a vu les professionnels invités nous confirmer dans notre pratique.

Mais notre responsabilité première est bien l'amélioration de la situation des personnes accueillies par les différents espaces mis à leur profit, à savoir: l'adaptation (ou réadaptation) au travail, le développement de compétences en lien avec les loisirs, le développement personnel dans les différents espaces de parole; ceci dans le but d'atteindre les objectifs permettant de se (ré)insérer socialement, par un travail, un logement, un réseau relationnel, un style de vie sain, un respect du cadre légal de notre société. Quant aux médecins, c'est bien à eux qu'incombe, en priorité, la responsabilité des traitements médicamenteux et de leur éventuel sevrage.

Aujourd'hui, pour nous, l'abstinence n'est plus le moteur de la réinsertion sociale, mais c'est l'inverse: la réinsertion sociale et la stabilité psychique sont les moteurs d'une éventuelle diminution du traitement de méthadone.

L'infrastructure

Sur le plan de l'infrastructure, l'équipe des intervenants du Radeau a mis en place un coffre-fort pour stocker les médicaments, s'est informée des études portant sur la méthadone, le subutex ainsi que sur les effets de la médication connexe. Elle a aussi développé une collaboration avec une pharmacie proche. Dans notre expérience d'accompagnement, nous avons constaté

méthadone (...) J'ai demandé à une ou deux personnes qui ne prennent pas la méthadone: «Ecoute, est-ce que ça te dérange?» Et elle m'a dit «Non pas du tout» (...) C'est vrai qu'on est tous différents et que moi j'arriverai au bout du chemin avec plus de temps, quoi.»

«Justement, par rapport à ceux qui prennent de la méthadone, quoi, j'ai le respect car je suis aussi passé par là».

Dès lors, nous continuons d'accueillir des personnes abstinentes ou en traitement, comme nous continuerons d'accueillir des hommes et des femmes d'âge, de niveau socio-culturel, d'intérêts, de langue différents, la méthadone devenant finalement une diversité négligeable face à la complexité des problématiques multiples rencontrées.

En conclusion

La population toxicodépendante bouge, les symptômes revêtent différents visages, les thérapies s'adaptent, mais la souffrance elle, reste. De même, la physionomie de la population accueillie au Radeau a évolué.

D'abord tous abstinents, puis une personne, puis trois, puis cinq en traitement de substitution. Ensuite, tous en traitement, pour arriver jusqu'aux jours d'aujourd'hui, où le nombre de personnes sans traitement et le nombre de personnes avec est de moitié-moitié, l'équilibre parfait! En effet, depuis le temps où tous les résidents du Radeau prenaient des traitements de substitution, certains se sont sevrés de leur traitement. Cela nous permet donc de vivre, à nouveau, cette richesse de la mixité de population, cette cohabitation. Seul le point de départ diverge: en 2000, tous ou presque sont arrivés au Radeau avec un traitement de substitution.

En introduction à cet article, nous évoquions la notion de «risque». Nous aimerions conclure en ces termes: pour nous, le plus grand risque que le Radeau a pris est effectivement celui de la remise en question. Si risque il y avait, c'est surtout au niveau de l'insécurité provoquée par le changement qu'il se situait, en tout cas pour les professionnels du Radeau, et non vis-à-vis du choix à proprement parler d'accueillir et d'accompagner, sous un même toit, des individus

abstinents et des personnes en traitement de méthadone ou autre substance médicale.

Notes

- ¹ «Les effets de la cohabitation de deux populations toxicodépendantes du centre d'accueil le Radeau», Cornélia Meier, Delphine Ibemaso et Myriam Proce, sous la direction de Mme Sophie Le Garrec, Février 2003, Université de Fribourg, Département de Travail social et Politiques sociales.
- ² Témoignage d'un intervenant du domaine politique.
- ³ Les compte-rendus de cette journée peuvent être obtenus auprès de COSTE ou du Radeau. «Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: au carrefour des représentations et des pratiques»; Association le Radeau en collaboration avec COSTE, Ed. COSTE, 2004.
- ⁴ Témoignage d'un intervenant du domaine social.
- ⁵ Témoignage d'un intervenant du domaine social.
- ⁶ Témoignage d'un intervenant du domaine médical.
- ⁷ «Thérapie et méthadone», Walter Angelotti, Ed. Association le Radeau, VHS et DVD, (durée: 15 min 45) novembre 2003, Orsonnens.



L'ouverture du traitement résidentiel à la substitution implique de mettre la personne dépendante au centre des prestations. Elle interroge aussi le processus en cours de médicalisation du social et la nécessité d'échanges interdisciplinaires pour des identités professionnelles en évolution. (réd.)

Pierre
Mancino,
Gérald Thévoz,
Association
ARGOS

Substitution et abstinence au CRMT à Genève

Le secteur de la thérapie résidentielle des addictions se trouve confronté depuis quelques années à des questions de fond. Les institutions des secteurs résidentiels ont accepté, parfois avec résistance, de relever les multiples défis qui touchent aussi bien leurs prestations, leur organisation que leur financement. Le rappel du contexte historique genevois en matière de toxicomanie illustre le processus évolutif qu'ont suivi l'Etat et ses différents interlocuteurs dans ce domaine. Le repérage des changements relevé par ces derniers, plus particulièrement par le Centre de Jour Entracte pour ce qui nous concerne, a conduit l'association Argos à revoir son concept d'intervention. L'intégration du traitement à la méthadone devait d'une part susciter de nombreuses discussions, notamment à propos des représentations

relatives à l'impact du traitement et de l'efficacité des professionnels auprès des personnes en cure de méthadone. Cependant, grâce aux réflexions menées, ils ont reconnu que leurs connaissances et leurs savoir-faire pouvaient répondre aux besoins et aux attentes des personnes en cure. D'autre part, ce traitement s'inscrivait tout à fait dans le cadre du processus de changement dans lequel les personnes toxicodépendantes souhaitent s'engager. Néanmoins cette intégration venait aussi directement interroger les pratiques, les modèles d'intervention et les théories de ce secteur et poser, à travers elle, la question de la médicalisation des conduites addictives. Cette ouverture impliquait des clarifications, des redéfinitions aussi bien internes qu'externes avec les différents partenaires des réseaux concernés, de plus elle questionnait directement les identités professionnelles. Dès lors, il faut bien reconnaître que,

dans leur contexte, les professionnels du secteur résidentiel d'Argos, et plus largement des autres institutions, ont été et sont encore confrontés à un challenge de taille en ce qui concerne la collaboration avec le domaine médical. Alors que le risque de se trouver dans une logique d'agent reste d'actualité («médicalisation du social») nous pensons qu'il est possible de défendre et de développer une position d'acteur, de co-partenaire («socialisation du médical»), c'est ce que nous voulons souligner dans cet article. Cette démarche d'intégration d'un traitement d'un domaine dans un autre permet à chaque partenaire de reconnaître et d'intégrer au sein de sa pratique la particularité du regard, des connaissances et des techniques des différents protagonistes. Tout cela dans le but de co-construire, dans le respect de ses droits et devoirs, avec le résident/patient, un traitement adapté à ses besoins et ses attentes.

Historique

L'association Argos a débuté son action auprès des personnes toxicodépendantes en 1978, avec l'ouverture du Toulourenc. Le contexte politico-idéologique à Genève (Broers, Mino 2001; Arsever, Mino, 1996) a considérablement changé depuis, et il en va de même pour ce qui est des interventions cliniques tout comme de la compréhension de la problématique des addictions. L'évolution des besoins et les questions qui accompagnaient les interventions ont porté à la

création d'un Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) en 1985; première structure du genre en Suisse. L'offre de soins, limité à un séjour d'environ quatre mois, propose aux personnes accueillies un temps d'évaluation et de bilan autour de leur consommation; une expérience d'abstinence n'ayant pas comme premier objectif l'arrêt définitif de leur consommation.

Il s'agit d'une première approche, en douceur, de la complexité du symptôme de l'addiction. Le début des années nonante a vu la création de la Permanence Familles (offre qui complétait celle qui existait déjà à l'intérieur des centres résidentiels); puis en 1997 le centre de jour Entr'acte a ouvert ses portes.

La fin de cette décennie et le début 2000 furent ceux de l'élaboration et de la mise en place d'un nouveau concept d'intervention global, le «parcours Argos». Ce concept d'intervention décline de manière dynamique l'interdépendance des offres thérapeutiques internes et externes permettant aux personnes toxicodépendantes de passer de l'exclusion à l'insertion et de la consommation à l'abstinence. Cette notion traduit notre souci, dans le champ des prestations, de rester au plus près des besoins et des difficultés liées aux différentes réalités (bio-médico-psycho-sociales) auxquelles doivent faire face les consommatrices et les consommateurs de drogues. C'est dans cette perspective qu'Argos, nourrie des réflexions menées par les équipes et les échanges avec ses différents partenaires, a étendu son offre thérapeutique aux personnes en cure de maintenance à la méthadone.

La piste avait été ouverte par différentes recherches, notamment à propos de la prescription médicale d'héroïne (A. Uchtenhagen, 1995; A. Mino, 1990, 1995) ainsi que l'ouverture de la thérapie résidentielle à la prescription et la gestion de psychotropes légaux (G. Thévoz, 1997). Cet accueil a débuté dans le cadre d'un projet d'une année. Après évaluation et en concertation avec les différents partenaires (Département de l'Action

Sociale et de la Santé, Service de Santé Communautaire et Service d'Abus de Substances de l'Hôpital Universitaire Genevois, M. Tosi, pharmacien de Chêne-Bourg) ce projet fait désormais partie des prestations d'Argos. Début septembre 2002, les premières personnes avec un traitement de substitution à la méthadone sont entrées au CRMT.

Repérage des nouveaux besoins

Nous constatons maintenant depuis quelques années déjà que des nombreux changements s'opèrent dans le domaine des addictions, tant du côté des consommateurs que des professionnels.

Côté consommateurs, c'est surtout le développement, pour ainsi dire systématique, d'une polyconsommation avec d'une part l'augmentation de la cocaïne et d'autre part celle des benzodiazépines et de l'alcool.

A cette situation sont venues s'ajouter de nouvelles contraintes externes, notamment en matière d'insertion socio-professionnelle (chômage) et d'intégration sociale (A. Huber, 2004) ainsi que le constat d'un déficit croissant en ce qui concerne l'acquisition de compétences sociales.

Autre constat, l'association de ces éléments à ceux qui relèvent de la psychopathologie s'est traduite par une augmentation des demandes de rentes assurance invalidité (processus qui exprime, selon nous, une tendance à la «psychiatriation» des addictions). Du côté des professionnels et des traitements proposés, nous observons une augmentation régulière de la prescription de divers médicaments à commencer par la méthadone mais aussi la buprénorphine, la codéine, la morphine retardée, ainsi que la prescription croissante de médicaments psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, stabilisateurs d'humeur, neuroleptiques) le plus souvent associés à un traitement à la méthadone. C'est donc dans ce contexte que plusieurs acteurs du réseau genevois développèrent des offres adaptées à chaque problématique. Parmi celles-ci mentionnons l'accueil des enfants



avec leurs parents dépendants au Trait d'union, le Seran, unité hospitalière fermée, plus particulièrement pour les situations de crise, L'Envol, structure de soins pour les personnes sous méthadone souffrant de problème d'alcool, le Quai 9, local d'injection anciennement rattaché à Groupe Sida Genève et qui fait partie depuis le 1^{er} octobre dernier de *Première ligne*, Association genevoise pour la réduction des risques liés aux drogues. Le centre de jour d'Argos est aussi devenu un espace d'accompagnement et d'observation des mutations du paysage des addictions comme de leur traitement. C'est également à partir de ses multiples contacts avec les partenaires du réseau que cette structure d'accueil a pu enrichir la réflexion interne de l'association quant à la possibilité d'accueillir des personnes en cure de maintenance à



la méthadone en milieu résidentiel. L'ouverture du dispositif thérapeutique résidentiel à ces personnes implique un important travail de réseau et conduit à un partenariat extrêmement riche. On notera encore que l'évolution actuelle des traitements résidentiels s'inscrit dans la quatrième génération (pour les trois premières générations, A. Uchtenhagen, 2003:17) puisqu'elle intègre une dimension complexe au niveau du processus de professionnalisation et entre dans la dimension de l'interdisciplinarité.

L'expérience du partenariat

La prise en soin de personnes en cure de maintenance à la méthadone s'est développée dans le cadre d'une étroite collaboration avec la psychiatrie et la médecine communautaire des hôpitaux universitaires genevois.

En effet, un membre de l'équipe du centre de jour participe régulièrement aux réunions du Service d'Abus de Substances alors que l'équipe du CRMT bénéficie de son côté d'un partenariat régulier avec le Service de Médecine Communautaire, le médecin responsable du suivi des cures rencontre l'équipe dans le cadre de son colloque hebdomadaire. La collaboration avec les différents services concernés par la problématique des addictions a mis en évidence la nécessité de passer par un processus impliquant la connaissance des valeurs et les pratiques d'intervention de chacun; avec pour conséquence l'adhésion au savoir-faire de chacune des équipes. Ce processus a débouché sur une action concertée en lien avec les besoins et les objectifs des résidents/patients. Il a permis à chaque partenaire d'enrichir sa compréhens-

sion du traitement de l'addiction à partir d'une approche qui est le plus souvent en dehors de son cadre particulier d'intervention. Cette ouverture à la compréhension et à l'analyse de la pratique de l'autre permet de rendre effective la dimension de l'interdépendance des professionnels concernés par cette problématique bio-médico-psychosociale.

Cette perspective est non seulement bénéfique pour les professionnels, mais aussi pour les clients.

Ces derniers découvrent à travers la complémentarité des réponses thérapeutiques qu'il n'y a pas une réponse à leur problématique, mais une dynamique relationnelle qui place chaque partenaire dans un rapport d'interdépendance. Ce faisant, cette démarche d'humilité dans laquelle les professionnels acceptent de s'engager vient questionner à son tour les représentations de toute-puissance que le résident/patient développe (ou non) avec son entourage thérapeutique et avec les produits.

Et, pour aller un peu plus loin, il nous faut aussi reconnaître que cette perspective concerne les rapports que les professionnels vont développer avec les résidents/patients. Ceux-ci ne sont plus seulement placés dans une dynamique de relation d'aide asymétrique, mais sont reconnus comme des interlocuteurs/experts en ce qui concerne l'évaluation de leurs besoins et des réponses qui leur sont proposées.

Une autre conséquence de ce partenariat touche aussi les représentations et les concepts développés par les professionnels pour leurs interventions, notamment l'abstinence ainsi que la description et la compréhension des phénomènes qui y sont liés.

La place de l'abstinence dans les finalités des thérapies résidentielles

L'accueil de personne sous substitution a renforcé le virage pris il y a déjà quelques années par Argos: **abstinence et prescription de méthadone** ne représentent plus uniquement la finalité du traitement mais un outil thérapeutique en soi. Le traitement

avec méthadone et l'abstinence permettent aux concernés d'investiguer en amont de leur symptôme et de réfléchir aux fonctions de leur consommation, de leur identité de «toxicomane», «ex-toxicomane», «ex-toxicomane-en-cure-de méthadone» etc. De plus, cette perspective favorise une dynamique thérapeutique en soutenant et en développant une position d'acteur dans leur processus d'intégration sociale et professionnelle.

Le partenariat effectif qu'Argos a développé avec la médecine communautaire et la psychiatrie lui a permis d'étendre à la personne en cure de maintenance à la méthadone la logique et la dynamique d'une offre thérapeutique où l'abstinence est avant tout un moyen de prise en soin. Ce qui veut dire qu'il existe aujourd'hui plusieurs fins possibles pour une offre thérapeutique en milieu résidentiel. La définition de celles-ci permet à chaque personne de poser ses objectifs et d'établir un projet de vie où sont à nouveau mobilisés son désir, sa demande d'aide et sa responsabilité.

Par conséquent, nous définissons l'abstinence, comme le traitement à la méthadone, ou d'autres produits prescrits, comme des moyens qui appartiennent aussi bien aux résidents/patients qu'aux professionnels. Ces moyens sont au service d'objectifs communs que nous pouvons résumer en terme d'intégration socio-professionnelle, d'insertion sociale (rétablissement des réseaux primaires) et d'amélioration de la qualité de vie. Leur mise en œuvre exprime, du moins en partie, le sens que chacun donne à son histoire. Finalement ce positionnement institutionnel large, reconnu par tous les partenaires, comporte un bénéfice secondaire (c'est en quelque sorte sa valeur ajoutée), à savoir le développement d'une image différente de la personne toxicodépendante, jugée jusqu'alors irresponsable et incapable d'exercer un choix.

Le partenariat ainsi envisagé va donc au-delà des sphères professionnelles et inclut désormais de manière active

les résidents/patients, perspective qui désormais touche toutes les personnes en demande de soin dans nos structures.

Ajoutons enfin que le point de vue ici évoqué pour l'ensemble des partenaires entre dans ce que le sociologue Marcel Bolle De Bal (2003) décrit sous le terme de *reliance sociale* «à savoir au sens large, la création de liens entre des acteurs sociaux et au sens étroit, l'action visant à créer ou recréer des liens entre des acteurs sociaux que la société tend à séparer ou à isoler».

Par conséquent nous devons reconnaître que les changements des représentations, comme des pratiques professionnelles, liés à l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de méthadone vont aussi marquer les différentes identités professionnelles et c'est ce qui sera brièvement abordé maintenant.

Mutation des identités professionnelles

L'autre axe touché par l'ouverture et l'intégration des cures de maintenance à la méthadone voire la prescription d'autres produits (G. Thévoz, 1997; A. Uchtenhagen, 2003; N. Dietrich, 2003; Soulet, 2003) dans le cadre des traitements résidentiels concerne l'identité des professionnels. L'ouverture à des *modus operandi* externes à son cadre conceptuel et pratique est venue questionner les composantes de cette identité. Cette dernière étant liée surtout à l'intervention psychosociale, avec ses outils, ses techniques et ses concepts, il est évident que son ouverture à d'autres disciplines des sciences humaines concernées par les addictions provoque d'incontournables questions. La présence concrète d'autres professionnels et l'approche de manières différentes de comprendre et de traiter ce symptôme permet d'intégrer cette complexité et de développer une plus grande réflexivité quant aux composantes de leurs actions et de leurs principes formels. L'intégration des cures de maintenance à la méthadone dans la thérapie résidentielle, et

plus largement l'ouverture de celle-ci à des approches et des compréhensions cliniques différentes des siennes, a demandé et demandera dans le futur aux professionnels d'être eux aussi dans une dynamique de changement importante (acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences). Le caractère pragmatique de ce processus d'ouverture favorise l'appropriation concrète de la dimension interdisciplinaire nécessaire à la compréhension et à l'intervention des addictions et de leurs conséquences sur la société. Raison pour laquelle nous pensons que ce questionnement avec tout ce qu'il implique (curiosité, efforts intellectuels, deuil d'une toute-puissance de sauveur, etc.) est incontournable, d'autant plus que les intervenants commencent à reconnaître la complexité tant de l'étiologie que des traitements des addictions. Un tel constat suppose alors que la formation des différents secteurs professionnels concernés par le phénomène des addictions puisse continuer à se développer pour être à la hauteur de sa tâche. Raison pour laquelle, dans le contexte actuel, les choix épistémologiques risquent d'être affectés par des décisions politiques et économiques éloignées de la réalité thérapeutique.

Enjeu: médicalisation du social versus socialisation du médical

Toutefois, il ressort de ce que nous venons d'indiquer un certain nombre d'enjeux, parmi eux nous avons privilégié celui qui concerne les risques de modifications progressives des interventions sociales, notamment par le biais d'une médicalisation croissante du mal-être social, des dysfonctionnements et des souffrances psychiques des individus par le corps médical, alors qu'il a pour principale mission de les accompagner et de les soutenir vers un changement significatif de leur situation. Comme le rappelle le groupe de travail «santé et société» de l'Ecole Nationale d'Administration, «la médicalisation de la société est une construction sociale

qui consiste à conférer une nature médicale à des représentations, des pratiques et des réalités qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées socialement en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition dans un langage médical d'un problème existant». Le travail de ce groupe montre que le processus de médicalisation de la société est lié à plusieurs éléments

- la médiatisation de la santé avec des attentes diverses est source d'anxiété qui se traduit par une attitude consommatrice, voire consumériste de la part des patients (cf. la notion d'*addictions thérapeutiques* développée par Didier Sicard (2002))
- l'importance croissante du facteur économique avec le risque de substituer une logique marchande à une logique de soins
- la tentative politique d'apaisement des conflits sociaux. De plus il précise que «caractérisant principalement les sociétés les plus développées, la médicalisation pénètre le social. Comportements, pratiques, et, plus généralement, la vie des individus entrent dans le champ médical. Portée par un immense marché, cette tendance renforce la relation de dépendance *qui tend à faire de tout individu un malade potentiel* (D. Sicard)» (ENA, 2003: 15-16 et aussi P. Aïach, (1998) et les travaux d'A. Ehrenberg, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2004).

En ce qui concerne ce processus de médicalisation, nous pensons que l'augmentation régulière de la consommation de soins et de médicaments (prescrits ou non) traduit la difficulté (le malaise?) que notre société éprouve quant aux réponses qu'elle est capable de donner aux maux qui la traverse. Les personnes toxicodépendantes incarnent cette logique et la pousse à l'extrême à travers leurs comportements d'automédication, que cela soit pour calmer leurs douleurs et/ou pour leur plaisir (circuit de la récompense).

Nous pouvons aussi comprendre ce phénomène de la manière suivante, le risque d'une croissance de la médicalisation des problèmes psychosociaux

se développe à partir d'un déficit symbolique dont l'équation: un mal = un médicament peut être la traduction symptomatique (J.-J. Besson, 2000, «*A pill for an ill; an ill for a pill – une pilule pour un malade; un malade pour une pilule*», ENA, 2003:15). La responsabilité du corps médical, tant face aux personnes toxicodépendantes qu'aux autres malades est de questionner cette équation en rappelant ou en renforçant son rôle de médiateur, rôle qu'il exerce notamment à travers la prescription d'un traitement. L'exercice de cet acte de prescrire, tel que nous le comprenons dans notre contexte (et certainement valable pour d'autres) introduit ou réintroduit du «tiers» au sein d'un fonctionnement auto-référentiel.

Cette action symbolique place la personne dans une relation dont la dimension soignante est aussi liée au rapport de confiance qu'elle accepte de vivre avec le professionnel.

L'intérêt des protagonistes ne se porte plus uniquement sur le produit mais sur ce qu'il permet de traiter et d'élaborer en terme de liens et de sens.

L'intervention psychosociale défend cette perspective depuis plusieurs années, cependant son ouverture au domaine médical, via la prescription, nécessite que les questions qui l'accompagnent soient partagées par tous les partenaires concernés. L'actualité de cette question était d'ailleurs à l'ordre du jour de la journée de formation organisée par le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) le 4 novembre dernier puisqu'elle avait pour thème «Addiction et santé mentale».

Dans une perspective complémentaire nous pensons que les tensions auxquelles les professionnels du psychosocial sont confrontés dans le contexte actuel risquent de les placer avant tout dans le rôle d'agent d'un système socio-sanitaire centré surtout sur la gestion des souffrances des individus.

Un autre aspect lié au risque d'une généralisation de la médicalisation au sein des structures résidentielles serait que celles-ci abandonnent des éléments essentielles liés à leurs fina-

lités, à savoir de permettre aux résidents/patients de se sentir responsables de leur vie et de le devenir, d'assumer les changements ainsi que l'exercice de leur liberté et d'être maîtres de leurs décisions.

Du moins ce pourrait être la lecture pessimiste que nous suggère notamment le processus de médicalisation des addictions. A l'inverse, nous pouvons aussi envisager cette situation dans une perspective qui place les professionnels dans un rôle d'acteur capable de défendre les finalités de leurs interventions mais aussi de questionner celles de leurs partenaires, et ce d'autant plus qu'ils ont réussi à intégrer dans leurs pratiques des éléments extérieurs à celles-ci.

Question ouverte: quid des différentes formes de traitement?

La conduite addictive se caractérise par le fait qu'elle est auto prescrite, par conséquent le choix de la consommation de psychotropes illégaux met hors jeu tout processus de médiation relationnel. Ce qui veut dire que tout tiers est exclu au profit d'un face à face mortifère.

Toutefois cette mise en abîme trouve sa butée dans la réintroduction d'un vis-à-vis, dans la rencontre et la reconnaissance d'un autre qui me reconnaît (cadre large d'une démarche thérapeutique). Cette perspective nous ouvre à d'autres questions que nous évoquerons en guise de conclusion.

En effet, l'offre thérapeutique en résidentiel (mais certainement que cette remarque est valable pour d'autres cadres thérapeutiques) propose un processus d'accompagnement qui permet à la personne toxicodépendante de bénéficier d'un cadre de traitement, en lien avec la diversité de ses besoins et en rapport avec différents types de diagnostics (somatique, psychiatrique, psychologique, social et professionnel).

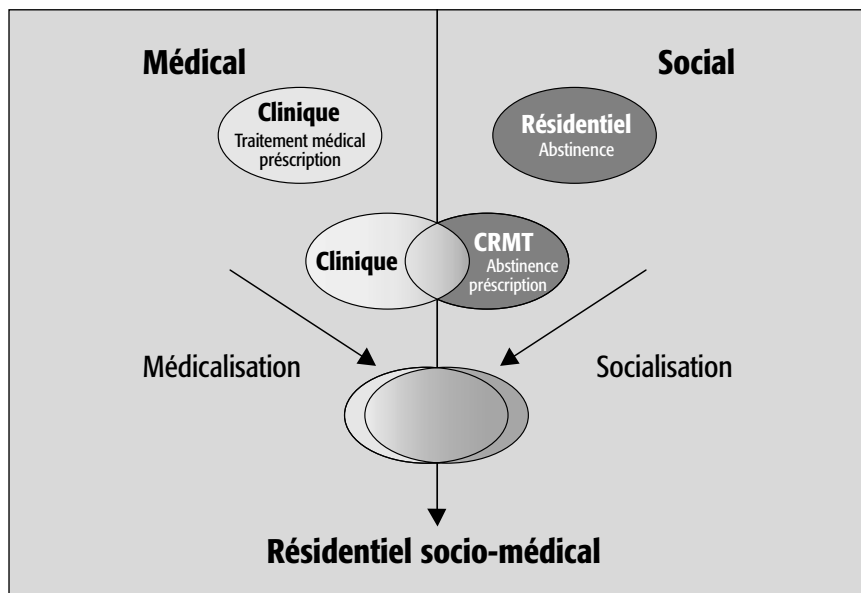
Son caractère intégrateur lui permet de rétablir un processus de développement identitaire «sain», valorisant et créatif pour la personne qui accepte de s'y engager.

L'intégration du traitement à la méthadone dans l'offre thérapeutique du CRMT en particulier et du résidentiel en général, pose des questions de fond à ses professionnels, elles concernent :

- leurs préjugés et leurs représentations philosophiques, éthiques, cliniques, etc. des personnes toxicodépendantes;
- leur statut et leur identité de travailleurs sociaux;
- les droits des résidents/patients en matière d'accès aux offres de soins/prestations.

Dans l'autre sens l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de maintenance à la méthadone nous permet de questionner les professionnels du secteur médical. Quelles idées ont-ils ou se font-ils quant à l'utilisation ou non de l'offre résidentielle et de ses prestations dans le cadre du traitement de leurs patients? Cette offre intervient-elle seulement lorsque les choses n'évoluent plus, voire se péjorent ou bien représente-t-elle une ressource pour leurs patients, pour eux?

Poser la question en ces termes revient à reconnaître le paradoxe suivant, la médicalisation du social se poursuit dès lors que les réponses proposées par les médecins ne tiennent pas compte (ou pas suffisamment compte) des composantes du processus d'intégration sociale et de la qualité de vie des patients. Ce faisant elle privilégie une lecture clinique centrée sur les aspects physiologiques et psychiatriques. Cette dernière remarque suppose que les professionnels concernés par les traitements des addictions cherchent à développer des réponses capables d'intégrer des connaissances appartenant à d'autres secteurs. De quelles manières s'y prendront-ils, comment formuleront-ils leurs demandes et comment les traiteront-ils? Voilà quelques questions qui nous semblent incontournables si nous voulons rester en phase avec la complexité des situations et de la réalité des personnes toxicodépendantes qui s'adressent à nos services.



Le schéma ci-dessus illustre l'évolution qu'a suivi la thérapie résidentielle ces dernières années.

Dans un premier temps nous avons des traitements différenciés, séparés, voire cloisonnés. Dans un deuxième temps un processus d'intégration des traitements médicaux dans l'espace social se réalise avec ce que cette ouverture implique pour tous les partenaires. Dans la même logique, nous posons la question de savoir si la mise en œuvre d'un processus similaire de la part du social envers le médical est envisageable?

Finalement est-ce que ce processus nous conduirait, dans un troisième temps, à la synthèse du social et du médical dans une forme résidentielle ad-hoc?

Dès lors, la question qui se profile dans le prolongement de la dialectique de la médicalisation du social et de la socialisation du médical est de savoir si nous allons vers un tel avenir, c'est-à-dire la création d'une structure pluridimensionnelle tant du côté des résidents/patients que des professionnels, travailleurs sociaux/soignants. En tout cas, cette question mérite d'être posée, mais sans aller jusque-là nous voulons encore rappeler que l'ouverture du traitement résidentiel à d'autres formes de soins repose sur un choix éthique clair qui met les personnes dépendantes, leurs

difficultés et leurs ressources au centre des prestations des professionnels (matching services to clients, Uchtenhagen A., 2003).

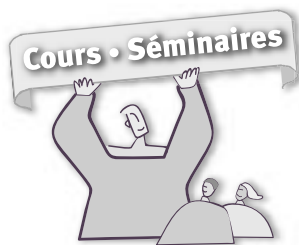
Raison pour laquelle il nous apparaît donc nécessaire de replacer la personne au centre du dispositif thérapeutique pour définir des choix thérapeutiques concertés où toutes les parties prenantes sont engagées de manière équitable. Ceci afin d'éviter tout risque d'appropriation du résident/patient de la part des professionnels (clients captifs) et des éléments coercitifs qui peuvent l'accompagner. Il nous paraît également primordial que les personnes toxicomanes puissent établir des choix thérapeutiques librement consentis dans le respect de leurs droits, mais également avec la connaissance de leurs devoirs.

Bibliographie

P. Aiach, (2003) *Les voies de la médicalisation* in: P. Aiach, B. Delanöe, sous la direction de (1998) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Anthropos, Paris, pp. 15-36

J.-J. Besson, (2000) *Chaque dépendance son médicament?* in: *Dépendances, Médicaliser les dépendances: des effets secondaires?* N° 10. Ed. ISPA-GREAT, Lausanne, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.sfa-isp.ch/Service_Presse/service_presse.htm

- M. Bolle De Bal, (2003) *Reliance, déliance, liance. Emergence de trois notions sociologiques*. Leçon inaugurale, Université Libre de Bruxelles, disponible à l'adresse Internet suivante: http://colloque.cs.free.fr/seance_inaugurale.htm
- B. Broers, A. Mino, (2001) *Développement et mise en œuvre des politiques de drogue en Suisse, une approche communautaire. L'exemple de Genève* in: *Développement et amélioration des programmes de substitution*. Rapport du groupe Pompidou. Strasbourg, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coe.int/T/F/Coh%09sion_sociale/Groupe_Pompidou/5.Publications/YY_develop_am%09lior_prog_subst_fr_NA.asp
- M. Daly, rapport préparé par, (2003) *L'accès aux droits sociaux en Europe*. Queen's University, Belfast. Ed. Conseil de l'Europe, Strasbourg, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coe.int/T/F/Coh%09sion_sociale/Politiques_sociales/Acc%0E8s_aux_droits_sociaux/02_French%20Mary%20Daly%20report.pdf
- N. Dietrich, (2003) *La méthadone dans le modèle de la Thérapie résidentielle: la situation suisse*. In: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003 à Bulle. Ed. COSTE, Berne, pp.23-34, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/conf/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- A. Ehrenberg, (1995) *Troubles de l'humeur in: Clinique des toxicomanes. L'addiction d'absence*. Cliniques Méditerranéennes, no 47/48, Erès, Ramonville, pp. 121-148
- A. Ehrenberg, (1996) *L'Individu incertain*. Calmann-Lévy, 1995, Hachette-Pluriel, 1996.
- A. Ehrenberg, (1997) *Addictions et dépressions – Fragments pour une sociologie de l'intention pathologique*. In: *Dépendances et conduites de consommation*, Les Editions de l'INSERM, septembre, Paris
- A. Ehrenberg, (1998) *Drogues et médicaments psychotropes – Le Trouble des frontières*, Editions Esprit, Paris
- A. Ehrenberg, (1998) *La Fatigue d'être soi – Dépression et société*, Odile Jacob, Paris
- A. Ehrenberg, (1999) *Du dépassement de soi à l'effondrement psychique – Les nouvelles frontières de la drogue*, entretien avec O. Mongin et G. Vigarello. In: Esprit, janvier, Paris
- A. Ehrenberg, (2001) *Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie?* Avec A. Lovell, Introduction à La Maladie mentale en mutation: psychiatrie et société, Odile Jacob, Paris
- A. Ehrenberg, (2004) *Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale*. In: Esprit, mai, Paris
- Ecole Nationale d'Administration (2003) *Les politiques de santé. Séminaire du groupe 10, Santé et société*, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.ena.fr/tele/sem03sante/sem0310_santesociete.pdf
- A. Huber, (2004) *Projet d'élaboration de références conceptuelles et opérationnels du travail de partenariat dans le domaine de l'intégration sociale et professionnelles des personnes souffrant d'addictions*. Groupe de Liaison Interinstitutionnel en Matière d'Addiction (GLIMA), Genève
- A. Mino, (1990) *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*. OFSP, Berne
- A. Mino, S. Arsever, (1996) *Les mensonges qui tuent les drogués*, Calmann-Lévy, Paris
- M.-H. Soulet, (2003) *Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation?* In: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003. Ed. COSTE, Berne, pp.15-22, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/conf/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- D. Sicard, (2002) *La médecine sans corps. Une nouvelle réflexion éthique*. Plon, Paris
- G. Thévoz, (1997) *Projet Expérimental Résidentiel: résultats de l'étude menée dans le cadre du mandat confié par les cantons de BEJUNE à la Ligue jurassienne contre le toxicomanies relatif à la création d'un centre résidentiel intercantonal*. Delémont
- G. Thévoz, (1998) *Réfléchir aux concepts et aux modèles cliniques qui cadrent nos pratiques et sur les termes que nous utilisons*. In: *Drug use and the crisis of european societies. Reviewing the quality of Interventions*. 5,6,7 February 1998. Centro Congressi Jiunior Club Rastignano (Bo), ACTS with the support of the European Commission, pp. 501-506
- A. Uchtenhagen, (1996) *Essais de prescription médicale de stupéfiants*. Deuxième rapport intermédiaire, version abrégée, Zurich
- A. Uchtenhagen, (2003) *Traitement résidentiel et substitution: objectifs, spécificités compatibilité*. In: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003. Ed. COSTE, Berne, pp.15-22, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/conf/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- A. Uchtenhagen, (2003) *Indication – Désir et Réalité*. In: *Processus d'indication, comment trouver la thérapie appropriée?* KOSTE-COSTE, document de la journée nationale du 31 octobre. Ed. COSTE, Berne, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/conf/20031031_Intake-Indikation-Triage_Tagungsdokumentation.pdf



Perfectionnement professionnel ARIA

Sexualité, procréation et toxicodépendance

Dr Adeline Quach - Françoise Méan - Marie-Ange Calatayud

1 jour - mardi 25 janvier 2005

Délai d'inscription: 15 déc. 2004 (150.-)

Face à la psychose dans l'accueil des personnes dépendantes

Dr Charles Bonsack - Didier Vasseur - Dr Thomas Haefliger - Jérôme Favrod

1 jour - mardi 22 février 2005

Délai d'inscription: 1^{er} février 2005 (150.-)

Prise de risques, prise en charge et contrainte, quelles articulations?

Renaud Stachel - Guy Hardy - Louis Sansonnens - Dr Jean-Luc Baierlé

1 jour - mardi 8 mars 2005

Délai d'inscription: 14 février 2005 (150.-)

Modules de formation fordd

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses (module 12)

Jacqueline Reverdin - Emmanuel Ducret - Béatrice Gomez Rogers - Thierry Musset

2 jours - mardi 14 et mercredi

15 décembre 2004, de 9h à 17h,

Délai d'inscription: 24 nov. 2004 (280.-)

Travailler avec les émotions dans le suivi de l'utilisateur.

Approche par l'analyse transactionnelle et la théorie de l'attachement

Frédéric Neu

5 matinées, de 9 h à 12 h 30 - les lundis 17 et 24 janvier, 11, 25 avril et 2 mai 2005

Délai d'inscription: 15 déc. 2004 (450.-)

La motivation au changement et son maintien dans le champ des addictions. Approche cognitivo-comportementale des addictions (module 7)

Françoise Bourrit - Dr Marina Croquette-Krokar - Dr Christine Davidson - Catherine Jaquet - Dr Rita Manghi-Philippe Maso

3 jours - les lundis 21 février, 7 et 14 mars 2005

Délai d'inscription: 28 janv. 2005 (450.-)

Approche systémique des addictions (module 9)

Daniel Alhadef - Olivier Amiguet - Philip Nielsen - divers(es) intervenant(e)s du Service d'abus de substances (HUG, Genève)

3 jours - mercredi 23, jeudi 24 et vendredi 25 février 2005

Délai d'inscription: 2 février 2005 (450.-)

Analyse de pratique interprofessionnelle (module 26)

Renaud Stachel

4 après-midi - les mercredis 16 mars, 27 avril, 18 mai et 15 juin 2005

Délai d'inscription: 23 fév. 2005 (450.-)

Médecine et psychiatrie des addictions

Dr T. Bischoff - Dresse B. Broers - Dresse I. Chossis - Dr J.-B. Daepfen - Dr N. Feldman - Dr R. Gammeter - Dresse M. Monnat - M. A. Petitpierre - Dr P. Sanchez-Mazas - Dr O. Simon - Dr D. Zullino

3 jours - les jeudis 14, 21 et 28 avril 2005

Délai d'inscription: 23 mars 2005 (450.-)

Addictions sans substances: le jeu excessif (module 15)

Christian Osiek - Patrick Rouget - Jean-Dominique Michel - Yaël Liebkind - Dr C. Davidson - Dr Olivier Simon - Laurence Aufrère

3 jours - lundi 18, mardi 19 et mercredi 20 avril 2005

Délai d'inscription: 24 mars 2005 (450.-)

Programme complet et informations:

ARIA - Fordd, case postale 638,

1401 Yverdon-les-Bains

tél. 024 426 34 34, fax 024 426 34 35

e-mail: info@great-aria.ch

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

