

# d é p e n d a n c e s

septembre 99 / no 8

3

## Editorial

*Gérald Progin*

4

### Aide à la survie, réduction des risques: une introduction terminologique sur fond historique

*Christian Moeckli*

10

### Deux regards sur l'addiction et la politique de substitution

*Jean-Dominique Michel - Barbara Broers*

14

### Internet ou la prévention sous pseudonyme

*Anne-Catherine Menétréy*

18

### Pilote: un projet de prévention à l'intention de participants à des soirées techno

*Hans Pauli*

21

### Une expérience de réduction des risques dans le secteur résidentiel

*Michel Gallay - Jean-Daniel Raboud*

24

### Une politique de réduction des risques dans un lieu d'accueil à seuil bas

*Fernand Poupon*

26

### Face aux alcoolisations excessives: prévenir les dommages immédiats

*Michel Graf*

29

### Soins palliatifs: changer son fusil d'épaule n'est pas déposer les armes

*Paul Beck*

31

### Cours, séminaires

# Impressum

**Adresse des éditeurs:**

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

Groupe ment romand d'études sur  
l'alcoolisme et les toxicomanies,  
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains

**Rédaction:**

Rédacteurs:  
Michel Graf, ISPA  
Gérald Progin, GREAT

**Comité de rédaction:**

Pierre-Yves Aubert  
éducateur, Genève  
Étienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Jean-Dominique Michel  
socio-anthropologue, Genève  
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 men-  
tion de leur provenance et de l'en-  
voi d'un justificatif à la rédaction

**Graphisme:**

Christine Matthey, Lausanne

Gérald Progin  
Secrétaire général du GREAT  
Co-rédacteur

**L**es concepts de bas seuil et de réduction des risques sont nés d'une conjonction entre une approche sociale - travail de rue et de proximité - et une approche médicale conjoncturelle - la protection de la santé publique à l'arrivée du sida.

Cette conjonction a permis de modifier fondamentalement la vision que le public avait des personnes toxicomanes - de marginaux, délinquants, ils sont devenus des malades. Du côté des professionnels de l'action sociale et de la santé, il en a été de même. La traduction de cette nouvelle vision des dépendances et des personnes qui en souffrent a influencé très sérieusement l'analyse des causes des dépendances, les accompagnements psycho-médico-sociaux proposés et, fondamentalement, le statut et le rôle de l'accompagnant médical ou social. Ces modifications de perception proviennent aussi, évidemment, du changement des valeurs portées par la société: pour être très bref, passage de valeurs plutôt collectives à des valeurs plutôt individuelles et individualistes.

Ces valeurs, tant éthiques que psycho-sociales posent nombre de questions:

- accepter d'accompagner la personne là où elle en est, au moment où elle en a besoin, en tenant compte d'abord de sa survie, est-ce abandonner le chemin vers l'abstinence?
- l'abstinence, les traitements dans un cadre résidentiel sont-ils la seule voie vers la réhabilitation?
- les politiques de substitution mises en place par les Autorités sont-elles devenues "pensée unique", sont-elles en contradiction avec les autres thérapies ?
- la réduction des risques, l'aide à la survie, sont-elles synonyme de cet individualisme ambiant, d'un changement des valeurs sociales?
- l'individu peut-il choisir de se détruire et faut-il l'accompagner dans ce choix?

Voici quelques réflexions en vrac dont vous trouverez des échos - mais évidemment pas de réponses - dans ce numéro.

# Aide à la survie, réduction des risques: une introduction terminologique sur fond historique

Christian Moeckli, responsable du bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues, Fribourg

*Aide à la survie, réduction des risques, services à seuil bas: trois termes pour caractériser les plus importants changements intervenus ces quinze dernières années dans la lutte contre les problèmes liés aux drogues. Le présent article vous propose de retracer l'apparition de ces termes et d'en clarifier la signification et l'utilisation. Il montre comment le travail social à seuil bas et la prise en charge médicale visant la réduction des risques ont été intégrés dans une politique de santé publique globale.*

«On nous répète toujours qu'il faut avoir touché le fond pour remonter la pente. Quel blabla! Si je n'avais pas eu de perspectives ni de ressources, je n'aurais sûrement jamais arrêté de me shooter. (...) Dans le labyrinthe de Cnossos, sur lequel veillait la déesse du pavot, des jeunes gens étaient dévorés ou ne parvenaient plus à trouver la sortie. Seul Thésée a réussi l'impossible: grâce au fil que tenait son amie Ariane et qui le reliait au monde extérieur, il a pu sortir du labyrinthe après avoir tué le Minotaure.»  
(Extrait d'un témoignage anonyme d'une amie, journaliste héroïnomane).

## La réduction des risques au quotidien

La réduction des risques occupe dans notre société une place importante, plus particulièrement la réduction des risques liés à la **consommation**, puisque cette dernière est devenue un facteur identitaire de tout premier ordre. Réduire les risques est devenu pratique courante. Assurance maladie, fixations de ski, équipement routier, notre société laïque et utilitariste s'est dotée d'un ensemble hétéroclite de réducteurs de risques, pragmatiques et fonctionnels. Or, dans le domaine des toxicodépendances, cette même réduction des risques continue de susciter un tollé de portée internationale. Pourquoi?

Pour répondre à cette question, il est intéressant de retracer l'origine de ce concept de **réduction des risques**. Ce que nous allons faire en trois temps:

- Premièrement, nous aborderons le concept de **seuil bas**, qui caractérise une

approche particulière en travail social. Nous allons le discuter en lien avec les changements intervenus dans le champ où évoluent les professionnels du social.

- Ensuite, nous traiterons de la **réduction des risques** à proprement parler, un concept qui relève quant à lui de changements apparus dans le champ **médical**.

- Finalement, nous parlerons de la façon dont cette **aide à la survie** a été formulée comme concept de **santé publique**.

## Le seuil bas, un outil de travail social

Avant que quiconque n'ait jamais parlé de **seuil bas** ou de **seuil** tout court en politique sociale, ce sont les pavés des seuils des boutiques chic qui volèrent dans les vitrines à Zurich. Au début des années 80, la jeunesse descend dans la rue. Une résistance spontanée et peu organisée s'enflamme au sujet des subventions mirobolantes que la Zurich bourgeoise s'auto-octroie pour son opéra de prestige. Au début sont scandés des slogans surréalistes et fantaisistes, tel le fameux «Plus de crème dans les mille-feuilles!». Rapidement, le mouvement se radicalise. Les «jeunes en colère» refusent la discussion et dénoncent de manière très militante l'inadaptation des services et des institutions qui leur sont destinés: les Drop-ins, les centres de loisirs et de quartier mis sur pied dans les années 70 travaillent principalement avec une orientation thérapeutique ou encore d'animation. Les jeunes protestataires les boudent en bloc.

C'est dans ce contexte-là que le travail social de proximité, le **Streetwork** ou **travail de rue**, voit le jour en Suisse. Inspirées par les concepts américains et européens<sup>1</sup>, et très proches du mouvement de contestation, plusieurs personnalités du milieu social et alternatif commencent à s'approcher des scènes cachées et côtoient les populations marginales de la rue, au départ à titre individuel et sans être intégrées dans une institution. Leur action se résume alors à la simple présence dans le milieu. Très engagés, ces premiers travailleurs deviennent rapidement les porte-parole des revendications des jeunes en colère<sup>2</sup>, revendications qui portent essentiellement sur des locaux, des espaces autonomes, des subventions culturelles octroyées sans condition étatique aucune.

À ses débuts en 1980, le travail de rue est donc encore étroitement lié au mouvement des jeunes et n'a que très marginalement la vocation d'agir dans le domaine des toxicomanies. Malheureusement et bien malgré lui, il va y être confronté très rapidement. Le centre autonome (AJZ), haut lieu du mouvement pendant les années chaudes, devient rapidement un lieu de rassemblement des toxicomanes – non sans l'aide de la police qui en profite pour à la fois affaiblir le mouvement et faire disparaître les toxicomanes de l'espace public. Placés au pied du mur, les leaders du centre autonome décident d'y instaurer un local d'injection avec mise à disposition de seringues. Nous sommes en 1982 – quatre ans avant la levée de l'interdiction cantonale de la vente de seringues et à un moment où l'importance de l'épidémie du sida n'est pas encore comprise.

## Dès les années 85

Pendant cette première moitié des années 80, plusieurs villes suisses vont mettre sur pied et institutionnaliser le travail de rue. Le travail social à seuil bas commence à s'établir, souvent porté par des institutions, notamment les Eglises, qui vont par la suite s'engager fortement dans l'aide à la survie pour toxicomanes. Dans la deuxième moitié des années 80, le Streetwork est de plus en plus mangé par le "problème de la drogue", principalement dans les villes alémaniques touchées par le phénomène et où se forment précisément les premières scènes ouvertes. Le travail de rue institutionnalisé se transforme en une partie spéciali-

sée de l'aide spécifique pour les toxicomanes – malgré les résistances des travailleurs concernés. Ils relèvent à juste titre que non seulement les problèmes qui se posent aux jeunes dans la rue ne se résument de loin pas aux problèmes posés par les drogues illégales, mais qu'en plus le problème de la drogue n'est que très marginalement un problème de rue, dans la mesure où seule une infime partie des drogues légales et illégales y est consommée.

Ces résistances restent vaines. Vers la fin des années 80, la situation se polarise: marginalisation et clochardisation des toxicomanes d'un côté, renforcement de la répression de l'autre. Les travailleurs de proximité ne peuvent se dérober à cette dynamique. En parallèle à leur intégration dans le dispositif d'aide aux toxicomanes, le concept du seuil bas fait son entrée officielle dans le travail social.

Par la suite, l'apparition des scènes ouvertes et la prise de conscience de l'épidémie du sida confirme la nécessité d'un travail de proximité qui se professionnalise. L'identification avec la scène, **l'acceptation**, voire la **revendication** de la consommation de psychotropes a cédé le terrain à une gestion institutionnalisée de la problématique, à un accompagnement et un encadrement professionnalisé. Dans la foulée, la quasi totalité des projets de proximité autogérés **de, par et pour** les toxicomanes disparaissent ou ne fonctionnent plus qu'en apparence sur le mode de l'autogestion, tel que revendiqué dans les années mouvementées.

Une grande partie des autres revendications du mouvement des années 80 se retrouve encore aujourd'hui dans les concepts institutionnels du travail de rue. Nous pouvons les regrouper en trois catégories, qui désignent en quelque sorte trois manières de tenir un fil d'Ariane pour échapper au piège du labyrinthe (cf. encadré, page 4). Ainsi se dessinent trois axes pour le travail social dans la marginalité.

## La marginalité n'existe pas!

La marginalité est le fruit d'une multitude de facteurs, dont la consommation de drogues illégales peut être le plus décisif ou celui qui déclenche une rupture. Il est alors important de ne pas isoler un de ces facteurs, mais de les comprendre dans le contexte **global** de la personne. L'accent est systématiquement mis non pas sur la **personnalité** de l'individu qu'il

s'agirait de guérir, mais au contraire sur l'intégration de la personne dans un **contexte** donné. On cherche à comprendre ses réactions à l'intérieur de ce contexte et discute avec lui de possibilités pour augmenter sa marge de manœuvre.

## Le marginal n'existe pas!

Les profils des hommes et des femmes marginalisés sont d'une grande diversité. Origine sociale, appartenance culturelle, formation, projet de vie, mode de consommation etc. sont autant de facteurs qui peuvent déterminer l'entrée dans la marginalité et la manière d'en sortir. La prise en compte individualisée des différents besoins est capitale pour augmenter l'utilisation et l'utilité des prestations sociales.

## Trouver le sujet, le sujet agissant

Le style de vie et le mode de consommation de drogues légales ou illégales doivent être compris et acceptés – dans la mesure du possible – comme le résultat de décisions conscientes de la personne, même si le contexte ne lui laisse que très peu de marge de manœuvre. Ceci afin de la sortir de sa victimisation et de lui permettre, pas-à-pas, de regagner une autonomie de décision. Le sujet est responsable de ses actes. Il a des compétences propres et des besoins spécifiques qu'il définit lui-même. Le but du travail social est de créer des conditions qui permettent à la personne de recouvrer cette autonomie.

Ces trois axes nous montrent que le **travail de proximité** est un modèle global d'action sociale qui va bien au-delà de la simple aide à la survie – et dont ce fameux **seuil bas** ne désigne que les conditions d'accès à l'aide.

## Les médecins retrouvent leur rôle de soignants

Contrairement aux termes de **seuil bas** et de **l'aide à la survie** dont la genèse est liée au travail social, le terme de **réduction des risques** est quant à lui tributaire des développements apparus dans la prise en charge médicale des toxicomanes. L'idée de la réduction des risques médicaux liés à la consommation de drogues illégales n'est en fait pas très nouvelle.

En 1926, le "Rolleston Report" préconisait la prescription d'opiacés par les médecins traitants. En 1977 encore, 4% des héroïnomanes anglais sont en traitement de maintenance à l'héroïne auprès de médecins privés (ce qui actuellement correspondrait à environ 1200 places de traitement en Suisse).

Ce n'est qu'à partir des années 70 que s'installe une nouvelle pensée unique fondée sur l'abstinence. Cette conception déterminera pourtant la politique en matière de lutte contre les problèmes de drogues pendant presque deux décennies et orientera toute démarche médicale et psychothérapeutique.

Dans une analyse qui situe implicitement les professionnels des traitements visant strictement et uniquement l'abstinence dans une position complémentaire et indispensable à la répression, Annie Mino n'hésite pas à qualifier rétrospectivement ces démarches thérapeutiques "d'exorcistes": «La "guérison" que nous leur offrons passait par la *souffrance* (du manque, mais aussi de la prison, de la maladie, de la misère) à laquelle nous trouvions normal de les livrer, *l'aveu* (seuls étaient dignes de guérir ceux qui venaient nous parler) et *l'abjuration* (les thérapies analytiques comme les postcures exigeaient de leurs patients un véritable retour sur eux-mêmes, semblable à une conversion)<sup>3</sup>.

A la base de ces concepts thérapeutiques des années 70 se cache une certaine conception du psychotrope: l'héroïne est vue comme une substance toute puissante, entièrement négative, qui aliène l'individu de sa liberté, de son individualité, somme toute de sa personnalité.

Le seuil à franchir pour bénéficier d'un traitement était alors extrêmement élevé. Il fallait, en dernier ressort et en réponse à cette prétendue aliénation conséquente à la consommation d'héroïne, à cette perte totale de liberté, que les patients renient la continuité de leur être. Ce seuil élevé représentait bien plus qu'une formalité d'entrée, qu'une condition administrative, qu'une liste d'attente. Il résultait de la frontière absolue posée entre le Bien et le Mal.

Les représentations du toxicomane qui prévalent alors se situent pour la plupart dans la lignée des travaux d'Olievenstein. Le toxicomane est vu – nous osons ici un grand raccourci – comme une personnalité asociale, perverse, dans un état de régression narcissique. Pas de limites, pas de loi, sans image structurée de lui-même, les jugements sous-jacents à cette

manière de voir apparaissent pour le moins discutables.<sup>4</sup>

Un autre point énoncé dans la citation d'Annie Mino qui nous paraît crucial est celui de la souffrance. En allemand, le terme de **Leidensdruck** (ou pression de la souffrance) désigne la théorie selon laquelle plus la souffrance est grande, plus la guérison est proche. Cette vision cynique prévalait encore largement au début des années 80. Sagesse populaire, elle servait largement de justification pour la répression musclée qui chassait les toxicomanes d'un point à l'autre de nos villes.

Cette théorie de la "pression de la souffrance" se situe totalement à l'opposé de l'idée de la réduction des risques. C'est en grande partie avec la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie du sida vers le milieu des années 80 – et dans une moindre mesure la prévalence des hépatites – que le corps médical commence à remettre en question l'orientation de son travail. Le sida renverse finalement la certitude que l'abstinence est préférable à tout; pis, il montre que ce paradigme est devenu dangereux et mortel.

## L'arrivée du sida

Au début – et pendant fort longtemps encore – les médecins sont impuissants face au sida: pas de traitements, pas de médicaments, seul domine l'impératif d'enrayer l'épidémie. Face à eux, les toxicomanes deviennent subitement des **acteurs** extrêmement importants. Imaginez: les toxicomanes qui auparavant étaient priés de se plier aux exigences thérapeutiques comme nous venons de le décrire, se retrouvent soudainement dans une position éminemment stratégique pour combattre l'épidémie du sida, car les pratiques d'injection par voie intraveineuse et la prostitution sont des vecteurs importants de transmission. Du jour au lendemain, les médecins ont donc besoin des toxicomanes pour pouvoir mettre en place une prévention efficace. S'ensuit une formidable remise en question, qui permet d'éclairer des zones d'ombre et d'écarter un certain nombre de préjugés. La révolution ne fait que commencer. Passons rapidement en revue ces "découvertes":

- Le produit: l'héroïne n'est pas aussi dangereuse que l'on croyait. Elle est très proche d'autres produits normalement administrés telle que la morphine. Elle n'est donc pas cette sorcière abso-

lutiste et maléfique comme on a eu tendance à la considérer.

- La dangerosité: petit à petit, une autre vérité subversive fait son chemin dans le corps médical; ce ne sont pas tant les opiacés qui tuent, mais les conditions hygiéniques, les situations sociales et les perspectives de vie des consommateurs marginalisés et criminalisés qui les mettent dans cet état. Ensuite, l'échelle de la dangerosité qui condamnait l'héroïne illégale et le cannabis, tout en banalisant l'alcool et le tabac, est remise sur l'établi des experts.

- D'autres "certitudes" s'effritent par la suite, en matière de sexualité, rites d'injection, comportements de prise de risques et comportements de soins.

Lentement mais sûrement s'opère un changement fondamental dans la représentation des personnes toxicodépendantes que se fait le corps médical<sup>5</sup>. Il conduit finalement à l'abandon de cette sinistre théorie de la "pression de la souffrance" et ouvre la voie à la conviction qu'il faut faire exactement le contraire: soulager la souffrance, tant que cela est possible, à tout moment et de manière individualisée.

Au lieu de vouloir résoudre le problème de drogue et libérer les toxicomanes, les guérir au sens moral du terme, les médecins reviennent à leur tâche première: se préoccuper de l'état de santé des patients et l'améliorer. Pour paraphraser Annie Mino, les médecins retrouvent leur rôle de soignants.

Retournons à nos questions terminologiques. D'un côté, nous avons la notion de **l'aide à la survie**, qui – dans la pratique – va bien au-delà de ce que le terme de "survie" peut signifier. Elle désigne cette orientation du travail social de se concentrer sur la situation de vie de la personne avant d'exiger des changements du comportement addictif. A côté de cette orientation sociale s'est donc développée l'orientation médicale qui vise principalement à réduire les souffrances actuelles et réduire les risques liés à la situation d'existence et aux pratiques toxicomaniaques<sup>6</sup>: **la réduction des risques**. Le terme nous vient du monde anglo-saxon, où **la harm reduction**, la réduction des dommages, désigne les efforts consentis principalement dans le champ médical: distribution de matériel d'injection, programmes de substitution, soins de base. Mais, là aussi, la pratique va bien au-delà de ce que le terme de "dommage" ou même celui de "risques" peut laisser entendre. Il

s'agit non seulement de réduire les risques mais de reconstruire une base commune de travail, une entente entre le traitant et le patient, une compréhension différenciée de la réalité des personnes dépendantes et des nombreuses manières d'être dépendantes et de le vivre. La réduction des risques est finalement plus qu'une technique: elle est une philosophie. Elle comporte une vision de la personne toxicodépendante infiniment plus différenciée de celle qui prévalait dans les années 70. La réduction des risques a permis aux professionnels de développer une compréhension du phénomène de dépendance qui permette la coexistence de la substitution, de la réduction de la souffrance et du **projet individuel** de l'abstinence.

### Un concept de politique en santé publique

Comme nous le savons, le domaine des toxicodépendances n'est pas à une contradiction près. Les exemples ne manquent pas, et les réponses des spécialistes en prévention sur le site [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) nous illustrent parfaitement les acrobaties de bon sens qui sont nécessaires pour tenir un discours préventif cohérent, aussi bien sur les dépendances admises que sur celles illégales. La politique des quatre piliers en est un autre exemple, puisqu'elle intègre dans un seul concept de santé publique des éléments aussi contradictoires que la criminalisation de la consommation, les soins à seuil bas, l'abstinence et les projets d'intégration sociale pour consommateurs. En quelque sorte, elle tente de concilier l'esprit des jeunes révoltés des années 80 avec la doctrine de répression policière qui se base sur la Lstup de 1975, un modèle du genre, avec l'instauration de la pénalisation de la consommation et de ses actes préparatoires. Comment est-ce possible? C'est la dose qui fait le poison, disait déjà le vieux Paracelsus, et c'est visiblement également le cas pour la formulation de cette politique commune. Voyons rapidement la genèse de cette politique de santé publique en Suisse.

C'est dans la région zurichoise que se concrétise le premier concept de prise en charge des toxicomanes autre que thérapeutique. Les revendications d'institutions privées, caritatives et religieuses et des associations des médecins et des professionnels en toxicomanies (VSD) ainsi que les nombreuses interpellations parle-

mentaires l'emportent finalement en 86/87 sur la volonté du procureur général et celle du médecin cantonal: l'interdiction de la distribution de matériel stérile est enfin levée. Par la suite, les conditions d'accès aux programmes de prescription de méthadone seront assouplies. La ville de Zurich réagit rapidement avec la mise sur pied de structures d'accueil (logement, soins de base, travail, hébergement) à bas seuil et, en 89, débute le premier projet de distribution de seringues à très bas seuil, directement sur le Platzspitz.

En été 90, la ville de Zurich formalise cette nouvelle politique en publiant 10 principes pour une politique en matière de drogues. Ceux-ci incluent l'aide sociale à bas seuil, la réduction des risques médicaux, la substitution et le droit de toute personne, consommatrice de produits illégaux ou non, de recevoir une

La réduction des risques est finalement plus qu'une technique: elle est une philosophie



Photo Interfoto

*L'arrivée du sida a modifié la perception des dépendances*

assistance adaptée à ses besoins. Pour la première fois dans un document officiel, le principe de l'abstinence est relativisé dans la mesure où son atteinte constitue un objectif différé dans le temps. La priorité est que l'aide municipale atteigne le maximum de personnes concernées.

À son niveau, la Confédération reprendra cette politique avec un premier train de mesures fédérales en 91 qui définit quatre piliers: **répression, traitement, aide à la survie et prévention**. La politique fédérale définit d'emblée l'aide à la survie non pas comme l'opposé de l'abstinence, mais bien comme un complément aux autres mesures qui visent **toutes formellement tôt ou tard cet objectif**.

Si l'utilisation du terme de la "Überlebenshilfe" est discutable (il est étroitement lié à la situation des scènes ouvertes), sa traduction en français est franchement malheureuse. **L'aide à la survie** a rapidement été interprétée en Suisse romande comme l'expression d'un pragmatisme alémanique outrancier qui se contenterait d'assurer la seule **survie physique**. Suite à la confrontation avec la réalité de l'après-Letten et la sensibilité romande a été ajouté, très officiellement et à partir de 1995, le terme de **réduction des risques**. Ce pilier s'appelle donc depuis cette date **aide à la survie et réduction des risques**.

Depuis lors, l'usage du terme **réduction des risques** s'est généralisé en Suisse romande<sup>7</sup>. Celui-ci désigne de plus en plus cet ensemble de mesures sociales et médicales, à bas seuil d'exigence, qui s'appuient sur une acceptation provisoire de la consommation de substances psychotropes illégales – consommation qui est considérée comme une mauvaise réponse que donne la personne à sa situation de vie.

Cette définition de la «réduction des risques» n'en est pas une. Un certain flou terminologique a certainement contribué par le passé à ce que des positions très différentes voire contradictoires puissent être réunies dans une même politique.

## Des propositions

Pour conclure, nous formulons trois exigences qui nous paraissent fondamentales pour le développement des concepts de la réduction des risques:

1. Les concepts doivent orienter avec rigueur et précision à la fois le travail quotidien et de terrain, la formation et la recherche.
2. Les concepts doivent définir les informations, les ressources et les outils que nous devons donner aux personnes concernées afin qu'elles puissent décider d'elles-mêmes de leurs manières de réduire les risques.
3. Les concepts doivent tenir compte et promouvoir la subtile dialectique entre ce qui relève du savoir-faire et savoir-être propre au champ des dépendances et ce qui relève de la sphère de l'opinion et de la gestion publique.

## Références

1. En Allemagne, Hollande et en Grande Bretagne, des travailleurs de proximité tentaient déjà vers la fin des années 60 de nouer des relations constructives et solidaires avec les groupes de rockers.
2. La sociologie allemande a forgé le terme fleuri de jugendliche Subkultur (sous-culture des jeunes) pour désigner ce monde alternatif.
3. Annie Mino, Sylvie Arsever, 1996, p. 92
4. L'article cité de Louis-Pierre Roy donne un excellent aperçu du domaine passionnant des représentations sociales des toxicomanes.
5. Ce changement ne concerne évidemment pas que le corps médical, ni tout le corps médical. Il est par contre certain que le corps médical avait et continue d'avoir un très fort rôle de "opinion leader".
6. Horrible terme dont la forme adjectivale ne fait que renforcer le poids du jugement moral: maniaque. Pourquoi donc parlons nous d'alcoolisme, mais de toxicomanie?
7. Une évolution semblable a actuellement lieu en Suisse alémanique, où le terme de Schadenverminderung (réduction des dommages) a tendance à remplacer celui de Überlebenshilfe.

## Bibliographie

- ARUD, "Rapport annuel 1998", Arud Suisse, Zürich, 1999
- Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (éd.), "Manuel pour la mise sur pied de projets d'aide à la survie" OSEO, Fribourg, 1997
- Josef Estermann, "Zum Erfolg der Drogenrepression in der Schweiz, eine zeitgeschichtliche Betrachtung", in *Abhängigkeiten* n° 1, SFA / ISPA, Lausanne, 1996
- Mark Hunyadi, "Un stupéfiant fétichisme, arguments éthiques en faveur de la liberté thérapeutique", Université de Genève, 1998
- Ernst Jünger, "Annäherungen, Drogen und Rausch", Verlag dtv/Klett Cotta, 1990
- Jimmy Kempfer et Marie Jauffert, "Helvet Underground, tour d'horizon du Congrès HIT de Genève '99", in *SWAPS* n° 12, Paris 1999
- M. Kressig, B. Nydegger, C. Schumacher, "Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit", Gesamtevaluation Stadt Zürich, ISF, Forschungsbericht n° 10, Zurich 1996
- Renato Maurer, "Alles wird gut, Gassenarbeit in der Schweiz 81-91", Gruppo Verlauto, c/o Infopub, Bern, 1992
- Annie Mino, Sylvie Arsever, "J'accuse, les mensonges qui tuent les drogués", Calmann-Lévy, 1996
- Michael de Ridder, "Heroin, Geschichte, Legende, Fakten" in *Recht auf Sucht*, Rotbuchverlag, Berlin, 1991
- Bernard Roques, "Problèmes posés par la dangerosité des 'drogues'", Rapport au Secrétaire d'Etat à la Santé, Mission interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie, Service Doc., Paris 98
- Louis-Pierre Roy, "A la recherche des représentations sociales des drogues", in *Cahiers du GREAT* n°1, 1994
- Jakob Tanner, "Aspekte der aktuellen Drogenpolitik, Überlegungen aus historischer Perspektive", in *Drogen und Alkohol* n° 7, Ladewig (éd.), SFA / ISPA, Lausanne, 1994
- G. Weber, W. Schneider, "Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen", Westf. Universität, Münster, 1992



# Highlights

## concernant la désintoxication

**Nemexin®**  
(Naltrexon HCl)

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

**NOUVEAU: A partir du 1<sup>er</sup> juillet 1999, NEMEXIN® (Naltrexone HCl) est admis sans réserve par les assurances maladies.**  
(la limite de 3 mois est levée).

## et le diagnostic des drogues

**SYVA®**  
**TEST RAPIDE**

Dade Behring produit le test immunoenzyme Emit®, méthode numéro un mondiale de dépistage des drogues.

Sous la forme d'une carte facile à manier, le test rapide SYVA® permet de détecter la présence d'une ou de plusieurs drogues dans les urines.



grandeur originale

Le premier test de dépistage rapide des drogues avec contrôles réactifs incorporés pour des résultats fiables.

- simple
- rapide
- fiable
- offre

mettre 3 gouttes d'urine dans le creux  
vous avez le résultat après 10 min. au plus tard  
résultat clair, facile à lire  
tests uniques et combinés adaptés à  
tous les besoins:  
test à 4

- cannabis, cocaïne, opiacés, méthamphétamines
- test uniques
  - cannabis
  - opiacés
  - cocaïne
  - méthamphétamines
  - barbituriques
  - benzodiazépines
  - méthadone

**Documentation,  
informations et  
exposés auprès:**

Opopharma S.A.  
c/o Polymed Medical Center  
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg  
Tél. 01/810 03 14 et 01/828 63 63  
Fax 01/818 04 10

# Deux regards sur l'addiction et la politique de substitution

*Jean-Dominique Michel, Secrétaire général de Pro Mente Sana, Genève  
Barbara Broers, Cheffe de clinique, division d'abus de substances, Genève*

*(réd.) Pour aborder la réduction des risques de manière dynamique et critique, nous avons voulu mettre en parallèle, et à travers une interview croisée, deux points de vue: celui d'un socio-anthropologue, critique de la politique de substitution, Jean-Dominique Michel et d'un médecin, Barbara Broers, travaillant, entre autres, dans le cadre du programme expérimental de prescription de stupéfiants, PEPS.*

*Ainsi, nous espérons soulever les éventuelles contradictions et difficultés éthiques rencontrées par le modèle de réduction des risques.*

*Le débat s'est un peu élargi à l'ensemble des questions d'addiction.*

**Gérald Progin: Sur le plan des concepts, voyez-vous une différence entre réduction des risques et réduction des dommages?**

*Barbara Broers:* Dans le cadre de nos consultations, on parle plutôt de réduction des dommages mais on veut éviter les risques et les dommages. En voulant réduire les risques, on cherche à changer le comportement: rendre possible un comportement sans risques qui ne crée pas de dommages. Dans ce contexte, on ne parle pas uniquement de la santé physique mais du fonctionnement médico-psycho-social.

La réduction des risques est un tout - du juridique à la prévention des overdoses en passant par la prévention du sida et des hépatites pour s'arrêter aux traitements psychiatriques.

Toujours sur le plan des précisions, je ferais une différence entre réduction des effets et prévention secondaire. Là, notre raisonnement se traduit aussi en termes de gradation: dans l'idéal, on aimerait que les gens ne prennent pas de produits; s'ils en prennent, on souhaiterait qu'ils ne deviennent pas dépendants et s'ils le deviennent on aimerait bien qu'ils restent en santé. Je vois la nuance dans le sens où la réduction des dommages est celle de toutes les conséquences des abus de substances.

**GP: Mais de quels risques parlez-vous?**

*BB:* De toutes les conséquences possibles de cette prise de risques: sur le plan de la

santé et des relations sociales. Comme médecin, je suis évidemment plutôt confrontée aux problèmes de santé. Mais on ne peut pas séparer les risques. Dans ma pratique, il s'agit de vacciner les personnes contre l'hépatite et de les envoyer chez l'assistant social pour les aspects sociaux.

*Jean-Dominique Michel:* On ne peut évidemment qu'être favorable aux politiques de réduction des risques. Il convient néanmoins d'en discerner les limites, voire certains effets pervers.

Une des difficultés majeures auxquelles elles se heurtent est que l'addiction n'est pas un comportement raisonnable. Si il était raisonnable, on pourrait imaginer qu'en offrant des conditions d'injection acceptables et en apprenant aux personnes toxicodépendantes à modérer leur consommation, on parviendrait effectivement à limiter les dégâts.

Mais l'addiction est un comportement qui n'est ni raisonnable ni maîtrisé. Elle évolue par poussées violentes où la personne va soudainement prendre des risques par des actions ambivalentes ou dangereuses par rapport à sa santé, parfois suicidaires. C'est bien l'addiction en tant que telle qui est dangereuse. Une bonne réduction des risques devrait donc aussi cadrer la consommation, pour éviter qu'elle ne dérape. Malheureusement, les faits démontrent que cela est quasiment impossible. Une stabilisation temporaire peut parfois être atteinte; une stabilisation durable est antinomique à la réalité même de l'addiction.

Le plus gros dommage que subit celui qui

souffre d'addiction, c'est l'addiction elle-même. On peut donc agir pour que cette addiction ait des conséquences le moins dramatique possible, mais le problème fondamental reste. On reporte donc ce qui relève essentiellement des domaines juridique et social dans le champ médical. Si nous tirons un parallèle avec ce qu'a été l'ère de la prohibition de l'alcool, cela nous donnerait la situation suivante: plutôt que de laisser des alcooliques boire du whisky frelaté dans la clandestinité, avec tous les risques que cela implique, on leur proposerait du whisky propre, consommé sous contrôle médical. Ainsi on garantit un bon produit et on réduit les dommages. Le problème chez l'alcoolique, c'est son alcoolisme et le fait de lui donner médicalement du whisky ne règle en rien son problème d'alcoolisme. Au mieux, on entretient l'illusion que sa consommation d'alcool n'est pas si dramatique, alors qu'à tous égards elle l'est.

Là, j'ai l'impression qu'il y a démission du politique qui renvoie au médical et, de la part du médical une certaine forme d'ambivalence en s'appropriant un problème qui ne lui appartient pas. Cela ne veut pas dire que le problème de l'addiction n'est pas un problème médical. Mais dans le cadre des politiques de substitution, le problème de l'addiction n'est pas traité. C'est en ce sens une ambiguïté du médical. Ces considérations n'invalident pas l'utilité des politiques de réduction des risques, elles en soulignent en revanche les évidentes limites.

*BB:* Il y a un certain nombre de théories sur l'origine de l'addiction, entre autres la théorie neuro-biologique. Nos connaissances sont encore lacunaires dans ce domaine. Il n'y a pas qu'un seul type de toxicomane. De multiples raisons d'ordre bio-psycho-social existent pour devenir toxicomane. Pour chacun, il faut trouver un type de soins qui convient. Pour certaines personnes, un traitement de maintenance est un traitement médical, pour d'autres c'est un traitement de réduction des méfaits.

*JDM:* C'est vrai, aujourd'hui, on met tout le monde dans le même sac. Pourtant, on sait que le terme "abus de substances" recouvre des comportements dissemblables: on a aussi bien des cas d'abus circonstanciel, des cas de dépendance sans grave perte de maîtrise, des cas de maladies psychiques plus ou moins sévères où la personne trouve un soula-

gement dans l'usage de produits et des cas d'addiction véritable.

*BB:* Et dans ces diverses situations, on doit envisager des traitements fort différents.

*JDM:* Pour les toxicomanes "véridiques", ceux que tu appelles personnes à problèmes neuro-biologiques, le rétablissement durable passe par l'abstinence. Et lorsque je dis cela, j'insiste bien qu'il ne s'agit pas là d'une position idéologique mais pragmatique. La réalité des faits est implacable: un addict qui a perdu la maîtrise de sa consommation ne la retrouve jamais. En ce sens, il n'y a probablement pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme et l'addiction. Et l'on sait combien peut être morbide l'illusion qu'on peut apprendre à un alcoolique à boire modérément. Quand on analyse les résultats des tentatives faites en ce sens, on s'aperçoit que cela ne marche que pour les patients qui n'étaient en fait pas vraiment alcooliques.

A ce titre, il faut bien comprendre les enjeux de la modélisation médicale. C'est un point un peu technique mais qui a des implications essentielles.

Deux théories existent actuellement pour expliquer les comportements d'addiction. L'une, psychiatrique, qui dit que certains individus sont addicts du fait de graves troubles de la personnalité ou de maladies psychiques - appelées comorbidités - soit des pathologies préexistantes, et que c'est pour compenser ces atteintes profondes qu'elles prennent des stupéfiants. Une autre école de pensée, appelée médecine de l'addiction, considère que celle-ci est psychoto-mimétique, c'est-à-dire qu'elle produit des symptômes qui rappellent ceux d'autres maladies mentales. Mais si la personne trouve un bon cadre et une bonne méthode pour traiter sa dépendance, ses troubles "psychiatriques" disparaissent spontanément à mesure qu'elle se rétablit de son addiction.

Dans les faits, les spécialistes sont assez nuancés et à peu près tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'on retrouve les deux cas de figure parmi les individus souffrant d'abus de substances. Les proportions sont cependant inversées: pour ceux qui croient à l'hypothèse psychiatrique, 80% des toxicomanes souffrent de comorbidité. Pour les tenants de la médecine de l'addiction, il n'y en a guère que 15 à 20%. Pourquoi cette question est-elle importante? Parce que derrière l'hypothèse de comorbidité, il y a croyance que tant

que le problème psychique fondamental n'est pas résolu, la personne va tellement souffrir qu'elle ne pourra pas se sortir de la dépendance. On dit donc aux patients: n'essayez pas de sortir de la dépendance, réglez d'abord vos problèmes psychiques. Mais des études montrent que tant qu'un addict consomme des produits psychotropes, il ne peut pas faire de travail de développement personnel parce que le psychotrope agit comme un filtre qui bloque les réactions cognitives et affectives. D'où un problème de double contrainte dans les programmes de substitution. On dit aux gens: "N'essayez pas de vous en sortir avant d'aller mieux!", alors même que le fait de nourrir leur addiction à l'aide de médicaments psychotropes les empêche d'aller mieux! Cela revient à les enfermer à long terme dans une camisole chimique dont ils cherchent pourtant désespérément à se débarrasser.

*BB:* Je crois aussi que, pour les toxicomanes "véridiques", les traitements de maintenance peuvent être tout à fait indiqués pendant une période de leur vie où ils ne sont pas prêts à envisager l'abstinence. Je ne conteste pas du tout que leur objectif doit être l'abstinence. Mais, nous avons vu trop de patients qui sont intéressés par des programmes allant vers l'abstinence et qui rechutent fréquemment après la sortie du résidentiel. Et ce sont des moments à très haut risque de morbidité ou de mortalité: overdose due à la perte de la tolérance, au partage de seringues, etc. Si on va jusqu'au bout de ton raisonnement, si on attend que les gens sortent de l'addiction pour se soigner sur le plan psychique, entre temps, ils ont de sérieux risques de mourir!

Je vois vraiment le traitement de maintenance comme un traitement temporaire qui permet de passer une période difficile dans la vie d'une personne toxicomane sans trop de conséquences médico-psycho-sociales. Il y a sûrement un groupe pour lequel on pourrait considérer qu'il y a acharnement thérapeutique. Par contre, nombre d'entre eux ont pu sortir de la zone, prendre du recul et donc entamer un programme basé sur l'abstinence après substitution.

**GP: Les programmes de méthadone traiteraient les problèmes de politique et non ceux des personnes dépendantes?**

*BB:* Pour un certain nombre c'est peut

être vrai. Mais si le produit devient légal, cela ne règle pas le problème pour les personnes réellement dépendantes qui auront encore besoin d'aide. C'est sûr.

**GP: Et que dites-vous des réflexions de J-D. Michel au sujet de la comorbidité?**

*BB:* La plupart des études sur la comorbidité ont des défauts méthodologiques énormes. Le problème est: quand et comment poser un diagnostic psychiatrique? On ne peut pas poser un diagnostic psychiatrique chez quelqu'un qui est sous psychotropes. Il faut, par définition, qu'il soit abstinent pour poser un tel diagnostic. Il y a une différence, évidemment, entre dépression et fonctionnement schizophrène. Dans le deuxième cas, on peut fort bien imaginer que les psychotropes soient une manière d'automédication. Malheureusement, pour les raisons évoquées plus haut, les études manquent. Les réponses à ces questions n'existent tout simplement pas. C'est un peu plus simple avec l'alcool. On voit, là, que beaucoup de problèmes psychiques disparaissent avec l'arrêt de la consommation d'alcool.

**GP: Manquerait-il un maillon à la chaîne thérapeutique?**

*JDM:* Actuellement, on considère que seul 5 à 10% des personnes toxicodépendantes ont un profil qui leur permettrait de suivre une cure basée sur l'abstinence. C'est une vision extraordinairement défaitiste de la situation. En Suisse, on manque d'une vision positive du rétablissement, une valorisation de la personne rétablie. On a de bons centres de traitement, mais il manque la valorisation sociale du traitement basé sur le rétablissement durable. Une relation plus étroite entre les traitements de substitution et les institutions basées sur l'abstinence ainsi qu'avec des partenaires extérieurs, comme les groupes d'entraide, serait également nécessaire. Il faut se rappeler que, pour se sortir de la dépendance, il faut arrêter de consommer des produits et il faut que cela se sache. Les groupes d'entraide ont aussi beaucoup d'importance et nous n'utilisons pas assez les anciens toxicomanes pour dire comment ils s'en sont sortis. C'est le maillon manquant de la chaîne thérapeutique. Pourtant, nous savons tous que ce qui fait rechuter une person-

ne sortant abstinente d'un centre de traitement résidentiel, c'est l'isolement, la solitude, la perte de son univers social de consommation et son non-remplacement par un autre réseau social.

*BB:* De notre côté, on a accompagné des personnes toxicomanes dans les groupes d'entraide. Mais ils ne veulent pas y aller. J'ai de la peine à savoir pourquoi, si c'est un problème suisse. Côté alcool cela ne marche pas mal, mais pas pour les drogues illégales.

*JDM:* Il y a partout en Europe croissance des groupes d'entraide. En ce qui concerne notre pays, et pour l'instant, la volonté politique d'associer la ressource des groupes d'entraide au système de soins a manqué.

*BB:* Autre chose: il y a aussi manque d'intérêt pour le résidentiel; mais ce manque est indépendant de l'introduction des traitements à la méthadone. Quand il y a eu augmentation du nombre de places de cures de maintenance à la méthadone en 1991, il y a eu une hausse des demandes de traitements résidentiels. Il y a des mouvements de balanciers et s'il est en faveur de la méthadone aujourd'hui, cela peut changer.

Dans nos consultations, je crois que chacun souhaite que les patients se libèrent de leurs produits. Mais nous sommes confrontés à des gens qui essaient plusieurs fois de devenir abstinentes mais qui sont dans des situations médico-psychosociales catastrophiques et ne réussissent pas à faire cette démarche.

On a introduit beaucoup de traitements à la méthadone à un époque où c'était nécessaire par rapport à l'épidémie VIH. Je pense qu'on a très bien fait de le faire. On a ainsi pu diminuer l'ampleur de l'épidémie, et maintenant nous devons nous questionner sur le type de traitements que nous proposons.

**GP: Finalement, il manque cruellement d'études sur les problèmes de dépendances, sur leurs traitements et sur leurs résultats?**

*JDM:* Je crois que tu as mis le doigt sur quelque chose de fondamental, c'est qu'aujourd'hui encore, non seulement on en sache aussi peu sur l'addiction, mais qu'on en sache aussi peu sur le rétablissement.

Et je crois que la question mérite d'être

posée: qu'est-ce qui fait qu'une personne toxicodépendante va faire un sevrage, suivre un traitement résidentiel et s'engager dans un rétablissement durable là où une autre va essayer de faire vingt-cinq fois le même chemin sans succès? Qu'est-ce qui fait la différence dans ces deux cas de figures? Et est-ce qu'on peut mettre en avant des déterminants anthropologiques dans la globalité de vie de la personne qui font que cela va marcher dans certains cas et pas dans d'autres? Quand on analyse la question sous cet angle on s'aperçoit que c'est une question qui n'a intéressé presque personne jusqu'à maintenant. J'ai épluché la littérature scientifique à ce sujet et j'ai passé des semaines sur des monceaux de documents sans trouver grand-chose. Et cela rejoint à mon sens la question de la culture du rétablissement. Notre système d'aide aux toxicomanes reste largement inefficace du fait d'une faille à comprendre ce qu'impliquerait le fait de mettre en place une culture du rétablissement.

Je trouve quand même extraordinaire que, sur le sujet de la comorbidité, il n'y ait pratiquement pas d'étude fiable et rigoureuse disponible. Sur l'évaluation des centres résidentiels, on a très peu de données sérieuses. Sur la question quand même fondamentale "Qu'est-ce qui fait qu'un toxicomane s'en sort là où son copain ne s'en sortira pas?" il n'y a aucune étude. Et pour un sujet dont on prétend depuis des années qu'il est au premier rang de la préoccupation de nos contemporains, où on dépense des milliards de dollars à l'échelle planétaire pour essayer de faire quelque chose, on s'aperçoit que les questions les plus fondamentales n'ont jamais été posées.

*BB:* Il faut tout de même rappeler qu'en général faire de la recherche est difficile, et, en psychiatrie, c'est encore plus difficile. Un diagnostic de troubles psychiatriques est toujours plus discutable qu'une mesure comme l'hémoglobine. Faire de la recherche clinique avec des toxicomanes, c'est un des domaines les plus difficiles qu'on puisse imaginer, à cause des drop-outs élevés, et pour les raisons évoquées avant sur la difficulté de faire de bons diagnostics psychiatriques au bon moment.

Mais il s'agirait, même sans aller jusqu'à de la recherche, de faire de l'évaluation de programmes, de récolter des données de base sur les patients et leurs parcours.

**GP: Je reviens sur la question des programmes de méthadone et d'héroïne: Est-ce leur prescription qui permet le rétablissement, ou est-ce l'accompagnement psycho-social?**

*BB:* Pour moi, c'est clair que l'essai suisse de prescription d'héroïne n'a pas pu démontrer si c'est l'héroïne ou les services associés qui ont permis de stabiliser ou améliorer les participants. Et c'est une question qui n'est pas si intéressante que cela: on sait que, sans l'héroïne, les gens n'auraient pas reçu des services psycho-sociaux.

Il reste à discuter de quel type de services psycho-sociaux on a besoin.

*JDM:* Je suis d'accord avec l'analyse. J'ai l'impression qu'il y a quand même une importance au fait de savoir qu'est-ce qui relève de quoi. Il y a une notion qui est assez importante dont je ne connais que le terme anglais qui est "enabling". C'est le fait de prendre soin de quelqu'un d'une manière qui va l'encourager à poursuivre dans un comportement qui est néfaste pour lui-même. Et se pose la question de la limite de l'aide, notamment sur le plan social et sur celui de l'assistance. Je crois qu'effectivement, il faut que des règles du jeu claires soient mises en place. C'est-à-dire qu'on aide la personne mais qu'on n'aide pas sa maladie. Dans un délire total, on pourrait envisager un alcoolique à qui on retire son permis de conduire en lui donnant des bons pour aller en taxi, et qu'ensuite, au bout de 20 ans, on lui remplace son foie. Il y a un moment où l'aide ne permet plus à la personne de se heurter aux conséquences de ses comportements. La seule conclusion qu'on peut retirer du PEPS, c'est que l'héroïne pure n'est pas dangereuse pour la santé. Cela, on le savait déjà mais c'est bien de le répéter, car il y a trop peu de gens qui le savent. Par contre, l'addiction est très dangereuse pour la santé et le fait de consommer de l'héro "médicale" n'y change pas grand-chose.

J'habite les Eaux-Vives et je vois régulièrement les usagers du PEPS: eh bien ce sont encore des "tox"! Ils se comportent en "tox", ils s'habillent en "tox", ils parlent en "tox", ils font peur aux gens en "tox". Ce n'est pas grave. Chacun sait que les toxicomanes forment une population qui, dans l'ensemble, est plutôt sympathique et inoffensive. D'ailleurs, dans le quartier, les gens les acceptent plutôt bien. Mais en même temps ce sont des gens qui sont encore complètement toxicomanes. Ils ont moins de problèmes dans leur vie puisqu'ils ont échappé - au moins partiellement - à l'illégalité. Mais leur souffrance n'a régressé que de façon anecdotique.

*BB:* Deux choses: d'abord, les programmes de prescription d'héroïne sont destinés à des toxicomanes qui ont échoué plusieurs fois dans des traitements conventionnels et qui ont essayé plusieurs programmes de sevrage, d'abstinence et de maintenance à la méthadone. Donc, la population PEPS est quand même un groupe "spécial". Deuxièmement, à Genève, nous avons pu démontrer une certaine supériorité de traitement du PEPS par rapport aux traitements conventionnels, dans une étude randomisée. Un groupe était randomisé dans le traitement PEPS et a reçu l'héroïne et les services associés. L'autre groupe était sur une liste d'attente pendant 6 mois. Durant ce temps, les patients du groupe dit de "contrôle" recevaient un traitement qu'ils avaient choisi - pour la plupart, un traitement à la méthadone. Après 6 mois on a comparé les deux groupes. Ce qui est intéressant: globalement les deux groupes se sont améliorés sur plusieurs plans, y compris ceux du groupe méthadone. Par contre, le groupe traité dans le programme PEPS montrait des résultats supérieurs surtout dans le domaine de la santé mentale: ils étaient moins déprimés, avaient fait moins de tentatives suicidaires. Ils avaient un meilleur fonctionnement social et ils avaient diminué leur délinquance, ils dépensaient moins d'argent pour la

drogue et consommaient moins de produits illicites. C'était une petite étude qui nécessite d'être répétée, mais je pense que les résultats sont très intéressants.

Je voulais aussi dire, à propos de "enabling", qu'un de nos objectifs de soins est de développer l'autonomie du patient. Je sais très bien que ça semble contradictoire: on veut les retenir dans le réseau, en traitement, et on veut qu'ils retrouvent leur autonomie. De temps en temps, nous nous sentons en conflit avec nous-mêmes par rapport à cela. On a aussi l'impression de trop faire pour certains patients et on se demande jusqu'où il faut aller. Un exemple: un patient infecté par le VIH n'arrive pas à prendre son traitement anti-viral. Est-ce qu'il faut lui proposer de lui préparer son semainier et lui donner son traitement en même temps que son traitement de méthadone, ce qui va à l'encontre du développement de son autonomie, ou est-ce que c'est plus important qu'il baisse sa virémie? Je n'ai pas de réponse univoque à cette question.

*JDM:* Les problèmes éthiques sont réels et je suis en accord avec Barbara pour souligner que ces questions sont complexes et qu'il faut se méfier des opinions trop rapides. Cela dit, pour en revenir au thème de cet échange, je crois qu'il y a un réel danger à construire, comme on l'a fait, une fiction sociale du toxicomane "stabilisé" parce que sous traitement de substitution. A cet égard, il me semble que l'on a pris des libertés douteuses avec les faits. Quand l'OFSP se permettait de placarder sur les murs du pays des messages tonitruants selon lesquels "La plupart des toxicomanes s'en sortent", il prenait des libertés avec la plus élémentaire honnêteté intellectuelle: la vérité est que la plupart des toxicomanes y restent, et pour longtemps. Le fait qu'ils soient vaguement stabilisés et qu'ils donnent l'impression d'aller un peu moins mal ne doit pas faire perdre de vue le cœur de la question: leur problème n'est en rien résolu. Sinon, on en vient à courir le risque de considérer comme des succès thérapeutiques des individus dont la qualité de vie reste effroyable.

# Internet ou la prévention sous pseudonyme

Anne-Catherine Menétrey, collaboratrice à l'Institut de prévention de l'alcoolisme et autres toxomanies, ISPA, Lausanne

*(réd.) Répondre à des questions sur les stupéfiants par l'intermédiaire d'Internet, c'est aussi de la réduction des risques.*

*Plus question, aujourd'hui, de servir des discours sur l'interdiction de consommer du haschich à des fumeurs confirmés ou de leur servir un «blabla» moralisateur.*

*Si l'on convient que les réponses aux consommations de stupéfiants doivent être adaptées à l'individu et à son contexte social, avec ce média, chacun a accès aux réponses données.*

*Que fait-on de ce genre de problèmes et des autres qui se posent évidemment en usant de cet outil?*

*Eléments de débat à partir d'une expérience.*

Lorsqu'on m'a proposé de m'occuper d'une messagerie informatique pour les jeunes, j'ai frémi en imaginant à quel point je risquais de trahir les principes éthiques et déontologiques de la communication et de la prévention, tels qu'une formation de psychologue et 15 ans de pratique me les avaient appris. L'expérience montre que j'avais raison de m'attendre à devoir accomplir un virage important. En effet, est-il possible de garantir, dans l'anonymat et par l'intermédiaire d'un écran d'ordinateur, une écoute active, un dialogue empreint d'empathie et d'authenticité, un accompagnement sur la durée, une ouverture et un "respect critique" des choix de chacun dans ses modes de vie et de consommation? Est-il possible, à travers un message lancé comme un cri ("*Que faire quand la drogue soulage?*") et une réponse forcément approximative, formulée "dans le bleu", d'offrir le coup de pouce nécessaire, de donner l'impulsion attendue, de déclencher ne serait-ce que l'envie de tenter une démarche pour s'en sortir? Est-il possible d'appréhender une personne dans sa globalité, alors qu'elle me demande juste de lui expliquer la différence entre un plant de cannabis mâle ou femelle? Depuis des années, les intervenants en prévention n'ont cessé de mettre en garde contre les effets pervers de l'information et du discours centrés sur les produits. Or, c'est par centaines que les demandes de ce type affluent, et me voilà réduite à potasser les livres de botanique ou à harceler les laboratoires de toxicologie pour assouvir une soif de connaissance dont j'affirmais jadis qu'il ne servait à rien ou même qu'il était dangereux de la satisfaire!...

D'abord lancées sur videotex, puis sur internet, les deux messageries [www.sfa-isp.ch](http://www.sfa-isp.ch) et [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) connaissent un succès croissant. De 5 à 10 messages il y a deux ans, nous avons passé à une centaine par mois. Depuis juin 1997, environ mille questions nous ont été posées sur les drogues, l'alcool, le tabac. Le site CIAO (Centre d'information assisté par ordinateur), qui, à côté des drogues, comporte diverses rubriques telles que la santé, la sexualité, le travail, les droits, reçoit actuellement environ 8000 visites par mois. Les jeunes qui nous contactent ont entre 13 et 20 ans, le plus souvent 14 ou 15. Ils parlent de leur consommation ou de celle de leurs proches. Parfois sur le registre de la provocation; plus souvent sur le mode interrogatif; parfois avec inquiétude ou désespoir. J'ai souvent le sentiment qu'ils n'ont aucun autre interlocuteur, sinon, éventuellement, quelques vagues copains, ou des proches qui justement font l'objet de leurs préoccupations.

## "Que faire quand ça soulage?..."

On l'aura compris, répondre à ces questions est un exercice périlleux. Je me sens, à le faire, comme un funambule incertain, travaillant sans filet. Récemment, de virulentes protestations apparues sur l'écran après l'une ou l'autre de mes réponses m'ont à la fois bouleversée et rassurée. Bouleversée de mesurer l'impact d'une réponse que je croyais prudente et qui me paraissait déontologiquement correcte; et rassurée

de m'apercevoir que la révolte peut aussi s'exprimer sur Internet, malgré l'aspect anesthésiant et superficiel de la communication sur le réseau. Les doutes qui m'habitent, ces peurs, tous les intervenants de terrain les connaissent probablement aussi. Les messageries électroniques présentent toutefois des particularités qui les amplifient. En effet, il faut savoir que, contrairement à ce qui se passe dans un dialogue personnalisé, (et à ce que pratiquent certains psy jusqu'à la caricature!), il n'est guère possible ici de répondre à une question par une autre question : le risque est grand que le complément d'information demandé ne vienne jamais. Ces messages nous parviennent comme de très loin, parfois difficiles à décoder, brouillés par les lacunes de l'expression et les particularités d'un langage et d'une grammaire bien différents des nôtres. Il faut se lancer à l'eau, sans avoir en main tous les éléments nécessaires, presque sans feedback, et sans se contenter de quelques inoffensives généralités, car les messages sont souvent très personnels. Impossible aussi de se réfugier dans cette écoute chaleureuse mais distancée qui caractérise la relation thérapeutique. Pour une intervenante en prévention, c'est un travail d'humilité, déjà parce que l'espace disponible est restreint, mais surtout parce qu'il inclut forcément l'erreur et l'imperfection.

### **“J'ai lu avec intérêt vos réponses...”**

L'essentiel est de constamment se rappeler que la réponse écrite pour un interlocuteur bien particulier va aussitôt devenir visible pour des milliers d'autres. C'est dire qu'un message utile à celle ou celui pour qui il est écrit peut se révéler nuisible à d'autres. Cette particularité fait notamment problème quand il s'agit de réduction des risques, puisque le message d'acceptation que je peux donner à un consommateur de 20 ans qui cherche à s'en sortir peut aussi s'imprimer sur l'écran du petit curieux de 15 ans, qui, lui, vient peut-être d'envoyer un tout autre message: *“J'ai très envie d'essayer les champignons magiques. Vous me le conseillerez sûrement, mais j'aimerais savoir ce que je risque?”* Et à lui, précisément, que lui dire? Chacun doit faire son choix en connaissance de cause, affirment les intervenants en prévention. Mais je dispose de si peu d'éléments pour répondre... Qu'est-ce que c'est le

risque? Dans quelle disposition est-il, ce jeune-là? Délicat de lui dire qu'il ne risque rien: je le dirais simultanément à des milliers d'adolescents qui n'attendent que cela. Difficile de lui dire au contraire que c'est très dangereux, car c'est peut-être exactement ce qu'il cherche, cependant que je perdrais toute crédibilité aux yeux de ceux qui ont déjà expérimenté les champignons...

Il est intéressant de souligner sur la façon dont les jeunes s'expriment sur ces sites donne le sentiment d'une grande confiance, d'une sincérité totale, d'une proximité comme j'ai rarement vécu lors des rencontres avec des jeunes, dans des classes ou ailleurs. De sentir cette confiance comporte le risque de la complicité. Le maniement de la proximité et de la distance est sans doute une des difficultés de la réduction des risques. Le fait que la plupart de nos interlocuteurs soient consommateurs ou consommatrices nous amène à accepter la consommation comme la norme et l'abstinence comme l'exception. Heureusement, ce sont parfois d'autres jeunes qui réagissent. Ainsi il y a quelques mois, un jeune de 18 ans s'interrogeait sur la mauvaise qualité du cannabis de Fribourg: *“je pose surtout cette question pour les débutants en drogues douces pour leur apprendre ce qu'est vraiment fumer des joints”*. La réponse que je lui ai faite m'a paru bien insipide quand j'ai lu quelques jours plus tard la réaction d'un autre jeune, qui, lui, n'avait que 16 ans: *“Je voudrais dire à cet idiot qui est anti-düdingen qu'à 18 ans on a peut-être mieux à faire que de se vanter d'être un putain de toxicomane et de vouloir apprendre aux débutants à fumer cette saloperie qu'est le joint”*. Au fait, n'avons-nous pas tendance à oublier qu'ils existent, ces jeunes hostiles aux drogues? Peut-être méritent-ils davantage de considération et de respect (ou moins d'indifférence) que ce que, prisonniers de la logique de la réduction des risques, nous sommes capables de leur accorder?

### **“Ça fait pas mal envie de tester une recette ou l'autre...”**

Cette question m'amène à celle de l'information sur les produits. Au début, dès qu'il en était question, je me drapais dans ma dignité de préventologue offensée: ma tâche ne saurait consister à expliquer les drogues et leur mode d'emploi! Sur ce point, j'ai changé d'avis, et si je ne

donne pas tous les renseignements qu'on me demande, c'est par incompetence plutôt que par principe éthique. La science des adolescents et des jeunes est approximative. Il leur arrive de faire état de pratiques vraiment nouvelles en matière de consommation, comme ils peuvent véhiculer d'énormes bourdes. Je trouve correct qu'ils puissent disposer de données un peu mieux assurées. Le problème vient du fait que les professionnels eux-mêmes n'en disposent pas, et qu'en les consultant, je reçois des éléments parfois contradictoires ou tout aussi aléatoires. Je continue donc à juger effarant le décalage entre le soin que l'on met à traquer les aliments douteux et l'ignorance dans laquelle on laisse des milliers de jeunes, qui s'en vont patauger dans le marais du marché noir, pour se faire des cocktails extrêmement douteux, à propos desquels je ne sais strictement pas quoi leur dire. Si on veut faire de la réduction des risques, l'éthique voudrait qu'on soit capable de renseigner correctement.

C'est pourquoi les explications disponibles, je les ai finalement données. Tout en redoutant le moment où je recevrais la preuve qu'elles peuvent être utilisées autrement que je l'aurais voulu. Ce message m'est parvenu à deux reprises ces derniers temps. Une fois sous la forme d'une question-piège me demandant si le site a pour but l'information ou l'incitation; une autre fois, avec davantage d'humour, à travers la question suivante: *“J'ai lu avec intérêt vos réponses à plusieurs questions posées par les internautes. Je trouve que ça fait pas mal envie de tester une recette ou l'autre, et notamment ce bong dont je n'avais aucune idée... Vous dites que la fumée du tabac et du H est dangereuse, je veux bien le croire. Mais alors que pensez-vous d'une consommation de H mélangée à une tisane ou à un biscuit comme on en trouve dans les bons coffee-shops des Pays-Bas? Je vous échange cette recette contre celle du bong que j'ai découverte grâce à votre site. Merci encore et à plus!”*

Reste à comprendre cet étonnant besoin d'information. Les questions sont souvent extrêmement pointues et spécialisées. Or, je ne cesse de me demander quel lien les jeunes vont établir entre ces connaissances et leurs choix de comportement. A quoi peut donc bien servir le fait de connaître dans le détail la destinée d'une molécule de THC dans le cerveau ou la physiologie des récepteurs spécifiques ou des ligands endogènes du système nerveux lors de leur rencontre avec

les cannabinoïdes? Pourvu que l'aspirine calme mon mal de tête, son mode de fonctionnement m'importe peu. A eux pas! Pourquoi? On pourrait croire qu'ils se méfient des sornettes que les adultes ont pu leur raconter et qu'ils sont avides de connaître enfin la vérité. Ils font même preuve d'impatience, revenant à la charge jour après jour quand j'ai annoncé que je cherchais les informations complémentaires demandées (sur l'exacte composition chimique des amphétamines taï, par exemple!). La curiosité est-elle le fait des non-consommateurs? Est-ce au contraire les consommateurs qui aspirent à tout savoir des processus physiques et psychiques qu'ils sont capables de déclencher en ingurgitant certains produits? Je n'ai pas de réponse à ces questions-là. On peut noter par ailleurs qu'aucune des brochures, aucun des flyers dont nous disposons en prévention ne contient ce genre d'information et, quand je les relis, il m'arrive de me demander si on ne sous-estime pas la demande des jeunes en matière d'information, et leur aptitude à en faire usage?

### **"Je vis de cannabis et d'informatique..."**

Un autre aspect que ces échanges électroniques m'ont remis devant les yeux (nous l'avions déjà remarqué dans la recherche du groupe Femmes, dépendance) concerne l'importance du critère de qualité de la vie et sa prépondérance, à mes yeux du moins, sur la notion de "guérison". Cette problématique est apparue à travers un message fort sibyllin d'un jeune homme de 20 ans, évoquant sa vie dans "un monde clos". Sollicité de m'en dire plus, il a alors écrit ceci: "*Depuis l'âge de 14 ans, j'ai tout consommé (stupéfiants, vie en général) tout en gardant les pieds sur terre (apprentissage, boulot). J'ai vécu 8 ans d'abus en tous genres dans le milieu rave. A présent, j'aspire à d'autres choses, mais je n'arrive pas à changer de milieu. J'ai éliminé toutes les personnes qui peuvent nuire à ma bonne marche. (...) Actuellement, je vis de cannabis et d'informatique. Je n'arrive plus à sortir, et si je sors je "dérage" (alcool, XTC). En gros, je n'ai plus d'amis et je me demande si c'est une maladie et si cela va*

*durer?"*. De façon plus ou moins analogue, des femmes que nous avons interviewées sur leur sortie de l'alcool nous avaient révélé que la "guérison" a parfois un goût de solitude, de désœuvrement, de désinsertion et de précarité. A ce jeune internaute, j'ai certes donné quittance du chemin parcouru pour se mettre à l'abri des dérapages, j'ai validé le fait qu'il semble s'être dégagé des drogues, du moins d'une pratique "dure", tout en l'engageant à poursuivre à l'aide d'une thérapie sa démarche vers un meilleur équilibre personnel et social. Mais son message m'a laissée perplexe quant aux bénéfices de solutions "justes" du point de vue de la consommation de produits, qui pourtant se révèlent désastreuses du point de vue de la qualité de la vie après la drogue.

### **"C'est vraiment cool ce que vous faites pour les jeunes"**

Comme on aura pu le comprendre en lisant ces lignes, cette pratique du dialogue sur internet me donne l'impression d'avancer dans l'opacité et l'épaisseur désordonnée du quotidien. J'ai finalement adopté la spontanéité instinctive, qui convient à l'approximatif et à l'éphémère. Elle n'est pas sans fondement, puisqu'elle s'appuie sur une pratique de 15 ans. Ces échanges n'ont rien de définitif ni d'exemplaire. Quand une question m'irrite, ou que je juge un comportement aberrant, ma réponse est irritée (comme pour ce gamin qui me demande *les conséquences d'une consommation intensive et régulière de cannabis pendant une année, à 12 ans...*). On jugera peut-être que c'est contraire à l'éthique. Contraire aussi à la politique de réduction des risques. Mais c'est du moins compatible avec une exigence de clarté et d'authenticité. Peut-être, cette suite de réponses disparates fait-elle un discours incohérent, un dialogue à géométrie variable? C'est là le paradoxe de ce type d'intervention préventive: quel que soit le mal que l'on se donne pour répondre à une problématique particulière, pour saisir une situation individuelle, la prévention se limite ensuite à transmettre à l'ensemble des lecteurs un message personnalisé qui ne leur était pas destiné

et qui peut se révéler inadéquat. Les place-t-on de plus dans une position de voyeurs? Je ne sais pas. Je sais qu'on peut y réfléchir, en discuter, critiquer les méthodes adoptées jusqu'ici. Mais je sais aussi qu'à trop réfléchir, je ne saurai plus répondre!...

Incontestablement, malgré les difficultés, ces échanges me laissent une impression positive. Cette appréciation s'inspire des très nombreux remerciements et compliments que les jeunes ajoutent souvent à leurs messages. Certes, il y a eu des ruptures. Certains de ceux qui m'écrivaient régulièrement ne se sont soudain plus manifestés. Que s'est-il passé? Je l'ignore. Mais d'autres reconnaissent avoir tiré profit de nos paroles d'encouragement ou de l'objectivité de nos réponses. Malgré l'impossibilité de pratiquer la communication dans toutes les règles de l'art, incontestablement des liens se créent, une émotion passe, une ébauche de dialogue s'instaure. En l'absence de toute évaluation crédible qui me convaincrat du contraire, je continue à croire que ces sites offrent une présence et une écoute à des jeunes qui semblent n'en avoir aucune. En prenant au sérieux leur demande, en nous efforçant de leur répondre "horizontalement", de personne à personne, au niveau où la question est posée, avec un risque d'erreur explicitement annoncé, on leur offre aussi un espace d'expression libre, sans jugement, dans le respect mutuel (autant que possible: il y a des cas limites!...) dont, grâce à l'anonymat, ils peuvent disposer à leur guise. De ma part, ils ne ressentent vraisemblablement aucune pression, aucune contrainte ni aucune attente, quand bien même je m'efforce de rappeler que je suis une adulte responsable de prévention, et pas une copine (ce constat me renvoie encore une fois à la question de savoir si la prévention veut quelque chose pour les gens à qui elle s'adresse, ou si elle est incapable de dire ce en quoi elle croit...). Dès lors peut-être ont-ils le sentiment d'échapper à la relation de pouvoir qui imprègne souvent le face-à-face entre l'intervenant adulte et ses "clients". Il n'en reste pas moins que ce moyen n'en est qu'un parmi d'autres, et qu'il ne trouve son sens que dans la complémentarité avec les autres approches préventives.



CARREFOUR

PREVENTION®

présente

J'



les non-fumeurs

**CIPRET**  
PREVENTION TABAGISME  
GENÈVE



**Bourré de talent,  
pas d'alcool.**

**fegpa**  
PREVENTION DE L'ALCOOLISME

association  
  
Fourchette  
verte

**MAÎTRISE  
STRESS**

Antenne des diététiciens genevois  
  
ADiGe

*Permanence de l'Adige tous les mercredis de 17h à 19h*

**Carrefour Prévention**  
Rue Henri-Christiné 5  
CP 567  
CH-1211 GENÈVE 4

**Heures d'ouverture de l'arcade**  
Lundi - jeudi 9.00-17.00  
Vendredi 9.00-13.00  
Tél. 022/321 00 11 - Fax 022/329 11 27

Internet Swissweb «<http://www.prevention.ch>»

E-mail «[carprev@iprolink.ch](mailto:carprev@iprolink.ch)»

# Pilote: un projet de prévention à l'intention de participants à des soirées techno

Hans Pauli, Fondation Contact, Berne

*(réd.) La fondation Contact Berne a lancé, avec la Direction de la santé publique, un projet pilote pour prévenir la consommation d'ecstasy chez les jeunes. Les informer des risques de consommation à travers l'analyse des pilules d'ecstasy, leur donner conseil et veiller à ce que les organisateurs de soirées techno assument une part de la prévention: tels sont les buts de ce projet.*

*Présentation et réflexions sous forme d'interview.*

*Texte traduit de l'allemand par Elizabeth Neu*

**Gérald Progin: Quels sont les buts du projet pilote?**

*Hans Pauli:* Nous souhaitons, à travers un tel projet:

- Prendre contact avec les ravers et les participant-es aux soirées techno.
- Faire passer le message que la non-consommation de drogues est préférable à l'usage de n'importe quelle drogue.
- Mettre à disposition des informations sur les drogues en général, sur les règles de "safer use" en cas de consommation de MDMA et de ses dérivés et sur les risques et les conséquences de la consommation de drogues, dans le cadre d'entretiens et sous la forme d'une documentation spécialement conçue à l'intention du groupe-cible des participant-es aux soirées techno et des ravers.
- Recueillir des informations sur les habitudes de consommation au moyen de questionnaires et dégager les tendances en matière de consommation.
- Analyser des pilules au moyen d'un outil d'analyse appelé chromatographie liquide à haute performance, CLHP, et mettre en garde contre des substances particulièrement dangereuses pour la santé.

**GP: En quoi votre projet reste-t-il de la prévention?**

*HP:* L'on sait par expérience que, bien que prohibées, des drogues (MDMA et amphétamines principalement) sont consommées dans le milieu techno et que

les tendances dans ce domaine varient sans cesse. Actuellement, nous constatons une tendance à consommer des amphétamines lors des manifestations; cela signifie que les participant-es aux soirées techno sont plutôt à la recherche d'une endurance "froide". En même temps, on y repère quelquefois des substances qui ne sont actuellement pas prohibées par la Loi sur les stupéfiants, telles que le gaz hilarant et le GHB (hydroxide gamma butoulat) communément appelé "liquide ecstasy".

Tous les pays européens ont renforcé le contrôle de la production et de la commercialisation des substances entrant dans la fabrication de l'ecstasy ou des amphétamines. Cela entraîne notamment une diminution de l'offre sur le marché illégal et une hausse des prix. C'est pourquoi l'on fabrique de plus en plus de nouvelles substances psychoactives à partir d'autres produits de base plus faciles à obtenir; elles peuvent se révéler très dangereuses pour la santé des consommateurs/trices, même si l'on n'en connaît pas encore les risques exacts. On constate une fois de plus que, dans ce domaine, le système de contrôle se trouve constamment pris de vitesse par l'évolution actuelle du marché noir. Du point de vue de la politique de la santé, il convient de détecter rapidement les nouvelles substances inconnues qui apparaissent sur le marché des drogues illégales.

Lorsqu'ils parlent de notre projet, les médias évoquent essentiellement les analyses de substances effectuées lors des soirées techno. Il s'agit incontestablement d'une expérience pilote tant en Suisse que dans la plupart des pays euro-

péens. Or, la technique d'analyse utilisée par chromatographie liquide à haute performance, CLHP, est connue depuis assez longtemps; la nouveauté réside dans le fait que le projet propose à la fois une méthode d'analyse sérieuse et une campagne d'information et de prévention. Pour pouvoir le réaliser, il a fallu résoudre quelques difficultés techniques, mais plus encore surmonter des problèmes juridiques et politiques.

La mise en oeuvre d'une procédure d'analyse minutieuse au moyen du CLHP nous permet de mettre en garde les consommateurs/trices, dans le cadre même de la soirée techno, contre des dosages plus ou moins élevés de substances dangereuses connues ou inconnues contenues dans des pilules, des capsules et des poudres. L'analyse permet en effet d'obtenir des données tant qualitatives que quantitatives sur le contenu de celles-ci. Nous sommes actuellement en mesure d'identifier sur place 15 substances différentes (les plus courantes sur cette scène) et d'en déterminer la quantité; une seconde analyse chromatographique est ensuite effectuée en laboratoire à l'aide d'un spectromètre de masse.

L'intervention sur place consiste essentiellement à transmettre des informations à propos des effets, des risques et des conséquences dommageables de la consommation de drogues. Certes, il ne s'agit pas d'informations entièrement inédites, car nombre de conseils portant sur un usage à moindre risque et d'indications concernant les répercussions psychiques et physiques possibles sont également accessibles sur internet, dans les médias et dans les brochures disponibles aux stands d'information. Sur le terrain, nous avons pourtant été désagréablement surpris de constater que les jeunes usagers et usagers sont très mal informés des risques qu'ils encourent et mettent ainsi systématiquement leur santé en péril lors des soirées techno du week-end.

La plupart des participant-es à ces soirées sont des jeunes socialement intégrés, qui suivent un apprentissage ou ont un emploi et qui font des projets pour leur avenir. Or, une partie de ces jeunes consomment régulièrement des drogues en fin de semaine sans pour autant se considérer eux-mêmes comme des consommateurs à risques. Lors des entretiens que nous avons avec eux à notre stand d'information, il s'avère en effet qu'ils ne se rendent guère - voire pas du tout - compte que leur situation est problématique et qu'ils ne voient pas pour-

quoi ils changeraient quoi que ce soit à leur comportement. Pour nombre d'entre eux, seuls les héroïnomanes et les alcooliques facilement identifiables comme tels ont un problème de drogue, et sûrement pas les amateurs/trices de techno, avec leur look tendance, leurs fringues chères ou leur allure excentrique, leur goût de la performance et leurs silhouettes souvent très maigres.

En parlant avec eux, nous les rendons attentifs aux risques liés à la consommation de drogues, notamment aux répercussions psychiques et physiques qu'elle peut avoir à long terme lorsqu'elle est hebdomadaire. Nous leur donnons des informations objectives sur les effets et les dosages, un aspect qu'ils sont nombreux à ignorer. (Jusqu'à présent, personne n'a pu nous dire combien pesait approximativement la pilule qu'il/elle

Si l'intervention préventive ne se fait pas sous une forme acceptable par un groupe-cible particulier, elle n'atteindra pas ces jeunes

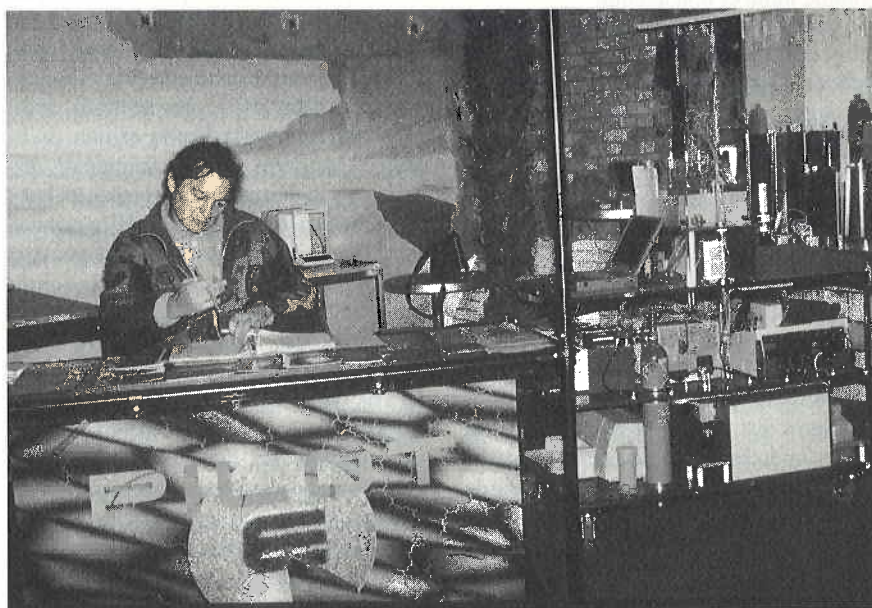


Photo Projet Pilot e

#### *La «machine» à analyser et le stand*

nous demandait de contrôler.) Les usagers et usagers évaluent leur consommation en fonction du nombre de "bonnes" ou "mauvaises" pilules et non en termes de milligramme de substance par kilo du poids corporel. J'ai personnellement l'impression qu'en raison de leur faible poids, beaucoup de jeunes filles s'exposent systématiquement à des doses plus élevées que les garçons.

Pilot e part du principe que la détection précoce et la réduction des risques occupent une place importante dans la prévention. Mais si l'intervention préventive ne se fait pas sous une forme acceptable par ce groupe-cible particulier, elle n'at-

teindra pas ces jeunes. Dans notre projet, ils se rendent compte que nous prenons leur consommation au sérieux et acceptent par conséquent de dialoguer avec nous, qui continuons de penser fondamentalement qu'il est préférable de s'abstenir de toute consommation.

**GP: Sur le plan juridique, ne pouvez-vous pas être accusés de favoriser la consommation de stupéfiants?**

*HP:* Deux expertises juridiques ont été réalisées à ce propos selon lesquelles les tests sur place peuvent être réalisés moyennant le respect de certaines conditions; dans des circonstances particulières, l'idée que l'on favoriserait ce faisant la consommation est considérée comme nulle et non avenue.

**GP: Comment vous y prenez-vous pour faire passer le message de prévention?**

*HP:* L'équipe intervenant sur place est composée de trois personnes. Une personne s'occupe essentiellement de l'analyse des pilules. Les deux autres travaillent au stand d'information, où un grand choix de dépliants et de brochures d'information sur les drogues les plus courantes est mis à la disposition des jeunes intéressés. A l'aide de dépliants et de posters, nous mettons aussi en garde contre les pilules dangereuses dont nous avons connaissance. L'analyse d'une pilule dure environ 20 minutes. Pendant ce temps, nous discutons avec la personne qui a apporté cette pilule, nous lui transmettons les messages essentiels et nous recueillons des données sur sa consommation au moyen d'un

questionnaire. A côté des entretiens que les personnes sont tenues d'avoir lorsqu'elles apportent une pilule à analyser, nous avons toutes sortes de discussions avec les visiteurs/ses du stand. Ce stand est aussi un point de rencontre où les jeunes discutent entre eux, abordant d'ailleurs souvent des sujets qui n'ont rien à voir avec la consommation de drogues.

**GP: Comment les jeunes réagissent-ils à votre présence?**

*HP:* Jusqu'à maintenant, nous avons fait des expériences très positives en ce qui concerne la manière dont les participantes aux soirées perçoivent notre projet et les contacts au stand d'information.

La première réaction des jeunes est souvent faite d'étonnement et d'incrédulité: ils n'arrivent en effet pas à croire qu'à côté des mesures répressives, le canton de Berne puisse proposer sur place une forme alternative de prévention ("Faites-vous vraiment partie des services de la santé du canton de Berne et non de la police?"). Dans l'environnement des salles où se déroulent les soirées techno, l'installation technique (CLHP, ordinateur) bien visible exerce un fort pouvoir d'attraction sur une grande partie du public-cible. A la vue de notre stand, beaucoup de jeunes veulent d'abord savoir comment fonctionne l'analyse par CLHP, quels logiciels nous utilisons, etc. Il arrive souvent qu'une conversation s'engage sur des questions de ce type; cela permet de surmonter les réactions de gêne et d'orienter, parfois très rapidement, la conversation vers les sujets qui sont au coeur de nos préoccupations. Aussi arrive-t-il souvent que certains jeunes restent plus d'une heure au stand pour discuter avec nous et entre eux ou qu'on nous reconnaisse et nous salue amicalement lors d'une manifestation

ultérieure.

Afin d'analyser les besoins existants, une enquête a été réalisée en automne 98 déjà dans plusieurs locaux où se tiennent des soirées techno à Berne; on a notamment cherché à savoir comment notre offre serait reçue. Le résultat figure sur le tableau suivant.

Question: Trouves-tu que cette offre (pilot e) serait une bonne chose?

Réponse	Nombre	%	% cumulé
plutôt pas	3	3.2	3.2
ça m'est égal	9	9.7	12.9
oui, plutôt	20	21.5	34.4
oui, c'est sûr	61	65.6	100.0
Total	93	100.0	

Pilot e étant conçu comme un projet régional mobile, il a été proposé aux autres centres régionaux de prévention du canton de Berne (Bienne, Thoune, Langenthal) d'y participer en étant présents au stand d'information lors des interventions dans leur région. Nous attendons de cette collaboration qu'elle permette d'établir des contacts durables entre les jeunes et les organisateurs de soirées techno avec pilot e d'une part et avec les centres régionaux de prévention des dépendances d'autre part.

Le contact établi par pilot e avec les travailleurs de rue biennois montre qu'il est possible d'utiliser pilot e comme un "véhicule" permettant aux services spécialisés locaux d'avoir accès à une scène qu'ils ne connaissent généralement pas et de faciliter ainsi la prise de contact entre les organisateurs/trices de ces soirées et le centre de prévention. A l'avenir, pilot e entend se consacrer davantage encore à exploiter efficacement et intelligemment les synergies ainsi créées.

# Une expérience de réduction des risques dans le secteur résidentiel

*Michel Gallay, directeur, Jean-Daniel Raboud, responsable socio-pédagogique, Foyer André, La Côte-aux-Fées*

*(réd.) Prendre en charge des personnes dépendantes dans un cadre résidentiel en appliquant une approche de réduction des risques, voilà le défi dans lequel s'est engagé le Foyer André de la Côte-aux-Fées.*

*La question de l'abstinence perd alors de son importance au profit d'objectifs de stabilisation et de réinsertion sociale.*

*Relation d'une expérience avec ses problèmes et ses questions.*

La politique suisse en matière de toxicomanie dite des quatre piliers mise en place par la Confédération depuis 1997 a prévu avec un certain réalisme d'aborder la toxicomanie par le biais de la réduction des risques et l'aide à la survie. Cette offre "bas seuil" comprend la remise des seringues, des lieux d'accueil et des salles d'injection, ainsi que diverses possibilités en matière de logement et de travail pour des toxicomanes ayant besoin d'être assistés pendant leur phase de dépendance à haut risque.

En moins de trois ans est apparue une population de toxicomanes largement désinsérés, incapables de se prendre en charge socialement, naufragés économiques, dans un état sanitaire compromis et présentant des troubles du comportement caractérisés qu'il n'était plus possible d'ignorer.

Eux-mêmes en danger permanent, ils ont mis en échec la quasi-totalité des structures d'aide, qu'elles soient thérapeutiques, médicales, psychiatriques, voire pénitentiaires.

Par conséquent, certains penseront que nous nous trouvons en face du profil-type d'un candidat à la prescription médicale d'héroïne. Malheureusement à ce stade, la prescription d'héroïne ne réduirait que très partiellement certains risques.

Est-ce depuis la disparition des scènes ouvertes que nous constatons pareil phénomène, ou assistons-nous à l'émergence d'une population toxicomane en voie de psychiatrisation?

Toujours est-il que ces personnes "brûlent une à une les ressources de soins et les ressources sociales; elles ne peuvent donc être laissées à elles-mêmes en rai-

*son des risques qu'elles encourent et qu'elles font encourir à leur entourage"<sup>1</sup>. Nous sommes confrontés à un défi que ni la psychiatrie, ni les lieux de contention ne sont à même de relever seuls.*

En présence ici d'un phénomène pas nécessairement nouveau de toxicodépendance réactive, celui-ci exige une approche novatrice et pluridisciplinaire de la toxicomanie.

Nous nous trouvons devant une nouvelle équation qui permet d'une part de protéger et d'intégrer un certain nombre de toxicomanes par une politique de réduction des risques; mais nous assistons d'autre part à une réorganisation systématique de la société et des toxicomanes, qu'on ne maîtrise pas vraiment.

Autant dire que l'expérience menée depuis 3 ans et demi au Foyer André à la Côte-aux-Fées (NE) s'inscrit véritablement dans une perspective réflexive, dont le modèle de référence, une fois n'est pas coutume, s'inspire de la Parabole du Fils prodigue, avec en particulier l'attitude du Père dans sa relation totalement ouverte et désintéressée avec le Fils prodigue.

Nous allons voir comment un tel modèle trouve son application dans l'approche résidentielle de la réduction des risques.

## **Expérience conceptuelle**

Il aura fallu un long cheminement dans l'accompagnement de personnes atteintes d'une dépendance chronique à l'alcool pour que l'instigateur du Foyer André conceptualise une prise en charge médico-pédagogique appropriée de toxico-

manes, dont "l'isolement psychosocial est la base de leur désinsertion sociale, médicale et professionnelle"<sup>3</sup>.

Partant de l'hypothèse que la plupart des institutions pour toxicomanes visent la réinsertion complète de la personne dépendante par la réhabilitation et l'abstinence, force a été de constater qu'une partie non-négligeable de toxicodépendants venait grossir les rangs des drop-out, et que d'autres, encore plus nombreux, n'avaient plus les ressources minimales d'institutionnalisation et de socialisation. D'où la pertinence d'une prise en charge de toxicomanes "présentant une inadaptation avérée à la majorité des programmes proposés, y compris de prescription de méthadone, voire d'héroïne"<sup>3</sup>.

Le Foyer André donne une réponse réaliste aux conclusions de l'OFSP stipulant qu'"il est devenu indispensable de créer des programmes thérapeutiques aux structures flexibles, laissant une certaine liberté individuelle de choix et d'aménagement"<sup>2</sup>.

L'accessibilité de la prise en charge permet d'accepter des personnes soumises au régime de privation de liberté à des fins d'assistance, art. 397 a et ss CCS, de même que des cas pénaux, art. 43 et 44 CPS. Il faut en outre savoir que la majorité de la population résidentielle du foyer présente des symptômes de comorbidité, nécessitant un suivi médical relativement important. Le concepteur d'un tel accompagnement suggère de faire l'expérience avec risque calculé de "rejoindre la personne qui fait preuve d'une motivation minimale... considérant que le travail sur la rechute et la consommation fait partie de la prise en charge"<sup>3</sup>.

## Evolution de la prise en charge

Si l'énoncé est toujours d'actualité, nous nous sommes rendu compte, après 3 ans d'expérience, de la difficulté majeure de faire aboutir un sevrage méthadone, avec l'augmentation des risques d'overdoses en fin de sevrage par exemple. Il n'a donc pas été évident d'admettre que la prescription à long terme de méthadone faisait partie d'une évolution plus ou moins prévisible de la prise en charge, et que le sevrage n'était plus dans l'ordre des priorités définies à l'origine.

Cette constatation s'est faite parallèlement à l'émergence massive de pathologies psychiatriques plus ou moins lourdes. Dès lors, se posait avec toujours

plus d'acuité la question de l'indication médicale, provoquant autant les responsables du Foyer André que les services sociaux, médicaux et autres structures ambulatoires à s'investir dans une indication de placement.

Malgré le développement d'un travail de réseau intensif, il n'a pas toujours été possible d'échapper au "syndrome de la patate chaude", avec ses inévitables erreurs d'aiguillage. Si celles-ci ne sont que rarement contestées par les services placeurs, pour cause de solution salubre et d'indication subjective, il n'en va pas toujours de même pour le Foyer André qui se retrouve parfois à court de ressources humaines et médicales, ce dernier faisant les frais de se situer occasionnellement en bout de chaîne thérapeutique.

Avec une proportion croissante de résidents présentant un profil borderline, psychotique et autre double diagnostic, et qui plus est, en traitement méthadone, il était de moins en moins question de procéder à des sevrages systématiques.

Avec les interventions régulières de deux médecins-consultants et la consolidation du secteur médical par des infirmières en psychiatrie, la médicalisation du Foyer André est devenue un état de fait, reléguant les indications au sevrage à des préoccupations s'inscrivant sur le long terme.

Pouvons-nous pour autant dire que le foyer a fait sa mue "psy" sous la forme subversive de l'inversion des priorités entre le pédagogique et le psychologique? La réponse est évidemment négative, l'institution ne voulant et ne pouvant pas se substituer à l'hôpital psychiatrique.

Pourtant, la gestion des pathologies plus ou moins lourdes par les seuls moyens pédagogiques a rapidement montré ses limites, de même que l'accompagnement psycho-médical ne peut à lui seul fournir une solution durable au maintien de la qualité de vie des résidents.

Si l'on considère l'équilibre entre secteur pédagogique (y compris socioprofessionnel) et secteur médical, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il est labile et asymétrique.

Cet équilibre instable n'est peut-être pas innocent dans un contexte où il y a risque d'emprise du médical sur le pédagogique; mais n'anticipons pas sur l'avenir, même si la prescription d'héroïne procède de la même tendance.

Ayant compris qu'il n'y a, à proprement parler, pas de possibilité de prescription d'abstinence (sur ordonnance!)<sup>4</sup>, les pro-

tagonistes du Foyer André conçoivent leur rôle comme participant d'un processus de neutralisation des risques, ce qui peut paraître très "suisse", mais qui n'en est pas moins une alternative possible et crédible à la prescription d'héroïne.

L'augmentation arithmétique d'une population toxicodépendante "dévitalisée" aux drogues de substitution ne signifie pas la mise au rancart de celles et ceux qui ne croient plus en un quelconque espace de liberté, hors celui du produit.

Dès son admission, plutôt que de plancher sur un programme de sevrage, comme ce fut le cas au début, l'équipe médicale se penche sur les indications d'opportunité de sevrage, comportant notamment le dosage de la méta (méthadonémie) et la négociation d'objectifs (pas nécessairement) atteignables, dont parfois l'abstinence (10 - 20%).

## Une nouvelle qualité de vie

Les premiers effets positifs sont perceptibles en termes de réduction des risques (psychologiques, physiologiques, sanitaires), de stabilisation, de démarginalisation. Il y a immédiatement gain en qualité de vie, et diminution partielle, voire un arrêt de la consommation de stupéfiants; cette diminution est alors interprétée dans une approche de gestion du produit et dans une perspective de non-exclusion en cas de consommation. Consciente du risque de relativiser la consommation, l'équipe d'encadrement doit fortement faire appel à l'interdisciplinarité pour objectiver chaque situation et pour tenter de la faire évoluer positivement.

Dans ce même contexte de prise en charge, on peut assister, dans le meilleur des cas, à une démarche d'abstinence avec une réinsertion socioprofessionnelle à la clé mais, dans la majorité des situations, on constatera une stabilisation et une maintenance de la qualité de vie avec consommation contrôlée de produits psycho-actifs. Cette catégorie de personnes stabilisées trouve de nouveaux repères (horaires - repas - travail) favorisant une resocialisation progressive au travers du vecteur communautaire du foyer. Il faut entre 6 et 12 mois pour déterminer les potentialités respectives, souvent complexifiées par la couverture antipsychotique de la méthadone, avec la résurgence caractéristique des pathologies psychiatriques, lors des dosages régulateurs.

Cela nous amène à parler d'une autre catégorie, encore minoritaire au Foyer André, de personnes "triple diagnostic", dont les épisodes de décompensation avec violence caractérisée (contre eux-mêmes et autrui), nécessitent l'utilisation substantielle des structures psychiatriques, voire pénitentiaires.

Ces personnes soumises au régime de privation de liberté à des fins d'assistance, art. 397 a et ss CCS, de même que des cas pénaux, art. 43, représentent non seulement un défi pour le foyer mais également pour toute institution susceptible de les prendre en charge.

Si la pratique des réseaux fait partie de la routine, on s'appliquera en particulier à consulter intensément ceux-ci en amont et en aval de la prise en charge des pathologies lourdes (médecins – hôpitaux – tuteurs – etc.). En l'occurrence, chaque situation est abordée en termes d'indication et de médication avant, pendant et après la prise en charge, celle-ci s'inscrivant dans un projet, dont les contours sont esquissés par tous les intervenants du réseau.

Lourdes tâches penseront certains observateurs, et nous ne saurions prétendre le contraire.

Mais n'oublions pas que nous avons (encore) à faire à une population de jeunes entre 20 et 35 ans, avec un lourd handicap les disqualifiant de toute approche psychothérapeutique, mais pourtant en possession de ressources à mettre en valeur.

Pour l'équipe pluridisciplinaire en place, l'exercice consiste à être suffisamment convaincante dans son action médico-pédagogique et dans son témoignage de foi, pour susciter une revalorisation personnelle du résident. Celle-ci peut notamment être activée par quelques dispositions professionnelles que beaucoup peuvent faire valoir dans différents ateliers.

La perspective de pouvoir bénéficier après 6 – 12 mois d'un suivi en appartement protégé fait également partie de la résurgence d'aspiration retrouvée.

Comme nous pouvons le constater, toute la prise en charge repose sur une démarche incitative, en s'inspirant d'un concept de non-exclusion, donc de réduction des risques.

Cependant, la limite actuelle à notre politique institutionnelle de non-exclusion est atteinte chaque fois que la pratique psychiatrique ne joue pas son rôle de relais de contention.

Ceci est un défi pour l'application de la réduction des risques dans le résidentiel, particulièrement en cas de décompensation psychologique avec violence physique, et lors d'hospitalisation récupératrice en cas d'abus massif de produit (overdose p. ex.).

A cet égard, plusieurs pistes de réflexions sont à l'étude<sup>1</sup>, et nous avons bon espoir de pouvoir étendre notre pratique en synergie avec d'autres institutions investies dans le concept général de la réduction des risques.

La Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles (COSTE), qui s'est impliquée dans la concrétisation de notre projet, a compris le rôle important que peut avoir la démarche expérimentale entreprise au Foyer André, et nous lui en sommes reconnaissants.

Cependant, si nous voulons poursuivre cette expérience, nous aurons besoin, en plus de l'appui du Canton de Neuchâtel, d'une reconnaissance OFAS qui se fait attendre depuis 3 ans, alors que nous pouvons justifier près de 100% de situations AI.

Ayant prouvé notre participation active à la politique des 4 piliers de l'OFSP, nous attendons encore un signal positif du Département fédéral de l'Intérieur, qui se mélange un peu les "piliers" en ce qui concerne le Foyer André.

Gageons que le succès de l'actuelle politique en matière de drogue débouchera sur la reconnaissance de nouvelles initiatives à tous les niveaux d'intervention.

#### Références

1. Prof. F. Borgeat, chef Dpt universitaire de psychiatrie adulte du Canton de Vaud (citation colloque inter-médical du 1er décembre 1998)
2. Réponse du Conseil Fédéral à la motion Sieber 1993
3. Concept Foyer André 1998
4. Dr Porchet, Drop In de Neuchâtel, 1998

Publicité

INSTITUT UNIVERSITAIRE  
D'ETUDES DU DEVELOPPEMENT

RADIX  
Promotion de la santé

«Concevoir et mettre en oeuvre des projets de promotion de la santé

Atelier «coup de pouce» pour responsables de projets de promotion de la santé  
28-29 septembre et 16 novembre 1999

Information et inscription: Radix, 57, av. de Ruchonnet, 1003 Lausanne,  
021/329 01 57, fax 021/329 01 58, e-mail radix.lausanne@bluewin.ch

# Une politique de réduction des risques, dans un lieu d'accueil à seuil bas

*Fernand Poupon, directeur de la Ligue jurassienne contre les toxicomanies, LJT, Delémont*

*(réd.) La Ligue jurassienne contre les toxicomanies, LJT, travaille, depuis de nombreuses années, dans l'accueil «à bas seuil». Très axés sur une approche de proximité, les intervenants de ce centre ont eu l'occasion d'aborder les grands thèmes liés à l'accompagnement de personnes dépendantes. Courts échos de ce terrain*

Dans une petite ville, une institution ambulatoire de prise en charge des toxicomanies est en prise directe avec l'opinion publique. Lorsqu'il y a quelques années, la LJT a voulu installer ses locaux au centre de la vieille ville, les voisins s'y étaient opposés: il avait fallu expliquer, convaincre, puis finalement s'imposer par une décision du juge. Enfin, au fil des années, il a fallu tisser des liens avec le voisinage et se faire admettre pour s'intégrer. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre que tout changement de politique dans notre institution ne passe pas inaperçu. Il s'agit de faire un nouveau tour de piste afin d'expliquer, de convaincre, de confronter, de poser enfin de nouveaux concepts, de nouvelles actions.

La mise en place d'une politique de réduction des risques n'a donc pas pu passer inaperçue, notamment la réalisation de certaines prestations comme la distribution de matériel stérile.

Qu'est-ce qu'un lieu d'accueil à seuil bas? Je tenterais une définition la plus simple possible, compréhensible par chacun, ne comprenant qu'un seul terme, qu'une seule exigence commune aux intervenants en toxicomanies et aux usagers: "le respect mutuel".

## **De petites touches**

Cette exigence minimum permet de passer au crible - afin de répéter la règle - les comportements, les attitudes, les propos, de chacun; elle induit ou présuppose que chacun travaillera ou n'agira pas "contre" quelqu'un, mais au bénéfice et que ce bénéfice est reconnu de tous.

Exemple: observer une infection sur l'avant-bras d'un usager, abcès qui résulte d'une mauvaise hygiène d'injection ou de l'injection d'un produit frelaté conduira l'intervenant en toxicomanie à se soucier de la plaie, donc de prodiguer des soins ou à accompagner l'usager auprès du médecin, puis à chercher à comprendre les causes, à s'intéresser à l'amélioration des conditions d'injection par exemple en proposant du matériel stérile mieux adapté ou encore en proposant sur le corps d'autres sites d'injection. En proposant des réponses immédiatement adaptées à la situation, nous cherchons à développer un type de relation qui a ceci de particulier qu'il ne pose pas un jugement négatif sur le comportement de la personne toxicomane. C'est par petites touches que nous travaillons.

Il se crée une situation de **proximité** qui permettra dans un premier temps de comprendre comment vivent les personnes toxicomanes, quelles sont leurs pratiques, et comment elles se mettent en danger. L'accueil est également un lieu où l'on pratique des usages anciens parfois perdus, par exemple saluer un personne qui arrive, lui demander si elle a faim ou soif... La fonction de l'accueil devrait permettre la désaliénation du toxicomane.

Ne pas poser en ce lieu l'objectif de l'abstinence oblige l'intervenant à limiter ses prétentions. Répondre à des besoins essentiels, vitaux; évoquer des objectifs "mineurs" permet d'imaginer que les personnes toxicomanes pourront les atteindre.

Quatre conditions déterminantes, en ce qui concerne les intervenants en toxico-



manie, doivent, à mon sens, être réalisées afin de vivre positivement dans un lieu d'accueil:

- la disponibilité,
- l'écoute,
- l'ambiance,
- l'hétérotopie critique.

Ces quelques notions élémentaires (développées dans d'autres écrits) pourraient laisser penser qu'un subalterne pourrait gérer facilement un lieu d'accueil. Détrompez-vous! l'expérience nous a montré que la présence d'un professionnel était indispensable dans un tel lieu, et qu'il y fallait une solide formation.

## Des thèmes de réflexion

Sachant que les travailleurs sociaux d'une institution doivent souvent se réunir afin de réfléchir, approfondir un thème ou s'interroger collectivement pour trouver des solutions à des problèmes spécifiques, le lieu d'accueil est devenu un local idéal pour intégrer les usagers (simplement en collant quelques jours auparavant un message sur la porte qui indique l'heure, ainsi que la date à laquelle nous aborderons tel ou tel thème, et que nous souhaitons la présence et l'avis des personnes toxicomanes). Nous y avons abordé différents thèmes, par exemple:

- **Prestations offertes à l'accueil:** repas, douches, machines à laver, occupations, loisirs, culture, mise à disposition d'un ordinateur, mise à disposition de matériel d'injection stérile avec des seringues de différents formats et des aiguilles de différentes sections et différentes longueurs.
- **La difficulté de trouver du matériel d'injection stérile en dehors des heures d'ouverture du centre et des pharmacies.** Notre réponse à ce problème nous a simplement conduit à mettre ce matériel à disposition à l'extérieur du centre, dans des bacs en plastique à l'intérieur d'une niche, facilement disponible à toute heure. Nous y avons ajouté des bacs de récupération. La solution tient la route.
- **L'overdose.** L'inquiétude principale des personnes toxicomanes n'était pas du tout ce que nous attendions; en effet, ils ont exprimé qu'ils étaient angoissés d'être souvent seuls dans leur appartement lors des injections et qu'ainsi il n'y aurait personne pour les conduire à l'hô-

pital s'ils "versaient". Cette peur justifiait, à leur avis, à elle seule l'ouverture de locaux d'injection. Difficile à réaliser vu la petitesse de la ville et la dispersion des villages. Notre réponse actuelle est de cibler quelques appartements, d'y déposer des seringues en quantité et des bacs de récupération. Un projet à l'étude serait de prendre des rendez-vous dans ces appartements afin d'y être présents et d'y fournir ponctuellement les mêmes prestations que dans un local d'injection. C'est une musique d'avenir qui nécessitera une formation pour les intervenants en toxicomanie.

- et d'autres...

Le centre d'accueil est bien sûr un lieu d'observation privilégié; c'est ainsi que...



*La nécessité d'une formation adéquate*

- nous avons observé des sortes de "fermetures-éclair" sur la peau des avant-bras des usagers (une quinzaine de petits trous rapprochés sur la peau)...
  - alors qu'en 1997, nous distribuions env. 7000 seringues, nous en avons distribué 21000 en 98, sans que le nombre des personnes toxicomanes ait augmenté à notre sens...
  - le comportement des usagers se sont modifiés; plus d'agressivité d'une part durant certaines périodes, puis des états dépressifs, suicidaires parfois...
- Bien sûr qu'il s'est agi de l'arrivée massive de la cocaïne dans notre région.

Alors, pourquoi? Quels dangers? Quelles solutions? Il faudra qu'on en discute....

Ne pas poser l'objectif de l'abstinence oblige l'intervenant à limiter ses prétentions

# Face aux alcoolisations excessives: prévenir les dommages immédiats

Michel Graf, directeur-adjoint de l'Institut de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Lausanne

*Ce n'est que récemment que la prévention des problèmes liés à l'alcool s'est préoccupée de réduire concrètement les conséquences directes des excès ponctuels, entrant ainsi dans le concept de réduction des dommages. Nez rouge a fait en ce sens œuvre de pionnier. Ce sont plus des écueils conceptuels que pratiques qui retiennent les spécialistes de développer de telles approches préventives.*

## Boire responsable

Dans le domaine de l'alcool, la prévention s'est attachée depuis quelques années à inciter la population à consommer de manière modérée, réfléchie. Ainsi, à côté des approches politiques, qui visent à réduire l'accès aux boissons alcooliques par diverses mesures, des approches éducatives et incitatives se sont développées. Elles s'adressent aux individus, les invitant à adopter une consommation d'alcool modérée, selon le credo de l'OMS (1992): "*Boire moins, c'est mieux!*", que nos collègues d'Éduc'alcool du Québec ont si bien traduit en: "*La modération a bien meilleur goût!*". En 1984 déjà, nos voisins français avaient créé un slogan qui non seulement évoque la quantité, mais rappelle aussi que trop boire génère des problèmes de sécurité: "*Un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts!*". Ce slogan fait écho à l'universel: "*Boire ou conduire, il faut choisir!*", qui veut éveiller lui aussi le sens de la responsabilité de chacune et chacun. Chez nous, la brochure "*Trop, c'est combien?*" (ISPA) clarifie la notion de modération et donne en outre des recommandations pour boire sans -se- créer de problèmes. En prévention primaire, on cherche à sensibiliser les jeunes aux divers risques que la consommation d'alcool peut générer, pour réfléchir aux moyens de ne pas en arriver là. Le message sous-jacent part du principe que pour éviter les problèmes liés aux abus d'alcool, il faut éviter les abus. Ici encore, une démarche d'auto-

responsabilisation de l'individu est proposée.

On le voit, l'ensemble de ces stratégies vise à induire un comportement raisonnable en matière de consommation d'alcool, en comptant essentiellement sur la responsabilité individuelle pour y parvenir. De fait, l'enquête de l'ISPA sur la consommation d'alcool à risque en Suisse<sup>1</sup>, menée à fin 1998 dans le cadre du programme "alcool" de la Confédération, nous montre que 76% de la population adopte une consommation modérée, à faible risque. Voilà pour le volet rassurant...

## La limite de ces approches

Lorsque le comportement est inadéquat, qu'il y a excès ponctuel, ces stratégies se bornent à rappeler que ceux-ci comportent des risques élevés d'accidents, de violence, de dérapages sociaux, etc. Si ces mises en garde sont certes indispensables, elles ne sont pas suffisantes. De fait, bon nombre de personnes se trouvent, une fois ou l'autre, de manière exceptionnelle ou fréquente, dans une situation d'abus d'alcool, et donc confrontées à de nombreux risques. A ce moment-là, les conseils et recommandations n'ont que très peu d'effets. Faut-il dès lors laisser ces personnes assumer les conséquences de leurs abus, au risque qu'elles créent de graves dommages à elles-mêmes et à d'autres? C'est à partir de cette question fondamentale que de nouvelles approches doivent se développer.

## L'excès ponctuel: pas si rare que ça, mais...

Dans l'enquête ISPA citée plus haut, 17% des personnes - soit 912'000 personnes! - ont une consommation excessive ponctuelle d'alcool. C'est dans la tranche d'âge des 15 à 34 ans que l'on trouve la plus grande proportion des consommateurs abusifs (31% des 15-24 ans et 17,5% des 25 à 34 ans). Les spécialistes de la prévention doivent prendre acte qu'un grand nombre de personnes font le choix de boire occasionnellement de manière excessive. Il est troublant de constater que nous - notre société, notre culture - nous refusons à y voir là un vrai problème. Le débat sur l'abaissement du taux d'alcoolémie sur nos routes en est une incroyable démonstration! "*Boire trop, ça peut arriver à tout le monde, alors...*", entend-on lorsqu'on évoque ce problème. Cette absence de prise de conscience se traduit jusque dans notre vocabulaire - français et allemand - qui n'a aucun mot, verbe ou adjectif pour qualifier ce qui est pourtant une manière de boire courante chez nous. La culture anglo-saxonne, par comparaison, a "officialisé" ce comportement et parle de "binge drinking". N'attendons cependant pas une évolution linguistique pour réagir et prévenir, car, toujours selon l'enquête ISPA, 26% de ces consommateurs déclarent avoir des problèmes sociaux (au travail, avec la police, des accidents, des disputes, etc.) à cause de leur consommation.

## D'abord l'airbag

Ces consommateurs excessifs ponctuels ne sont pourtant pas insensibles aux injonctions de modération et de comportement raisonnable, puisque leur consommation quotidienne se situe en dessous de 2-3 verres par jour. Cependant, ces personnes ne sont pas suffisamment conscientes des risques pris en cas d'abus. Elles doivent donc, lorsqu'elles ont trop bu, être protégées des dommages qu'elles peuvent créer à elles-mêmes et aux autres. C'est en effet au moment où un individu n'a plus suffisamment de capacité de jugement pour faire le bon choix et éviter la prise de risque - soit lorsque l'alcool réduit fortement le discernement - qu'il faut mettre en place des stratégies de réduction des dommages, sans que la personne concernée ne doive en prendre elle-

même l'initiative. Un peu à l'image de l'airbag d'une voiture, qui se déclenche exactement à l'instant de l'impact, sans que le conducteur n'ait à intervenir. Relevons dans cette analogie que l'airbag est une mesure qui agit exclusivement sur le dommage potentiel, sans intention d'influencer la manière de conduire de l'individu. En matière de consommation d'alcool, on doit chercher à développer des stratégies similaires, qui auront prioritairement un impact sur les conséquences de l'abus plutôt que sur la décision du consommateur. En somme, gérer d'abord l'urgence.

## Tout se permettre?

Reste que ce type d'approche vise tout de même à responsabiliser les individus à long terme. Après avoir joué au pompier de service, la prévention veut aussi inciter les personnes qui font des excès à modifier leurs habitudes. Cependant, dans un premier temps, il ne leur sera pas demandé de réduire leur consommation d'alcool, mais bien d'éviter les problèmes qui peuvent s'en suivre. Il s'agit là d'une approche plus pragmatique qu'idéaliste. Cela étant, si la priorité est la réduction des dommages immédiats, ces stratégies ne doivent en aucun cas donner l'impression que l'abus d'alcool est approuvé ou, pire encore, valorisé. Ainsi, dans chacune des actions menées, une part du message doit clairement encourager à boire moins. Toutefois, on ne parle pas ici de modérer, mais bien de réduire l'excès. C'est que, rappelons-le, l'objectif premier de cette approche est de réduire les dommages immédiats, comme les accidents de la route, les bagarres, les agressions sexuelles, en particulier. Ainsi, on doit faire momentanément abstraction des recommandations du programme "alcool" de la Confédération, qui placent la limite de l'excès ponctuel à 4-5 verres par occasion exceptionnelle. Ces limites tiennent en effet aussi compte des risques à long terme pour la santé physique que de tels abus induisent, conséquences qui ne sont pas intégrées dans les stratégies de "l'urgence ponctuelle" discutées ici.

## Des écueils philosophiques

La mise en place d'actions de réduction des dommages dus aux alcoolisations

excessives se heurte à divers écueils, dont le regard social n'est pas le moindre. Ainsi, notre société, qui tend à banaliser et minimiser les conséquences sociales des abus d'alcool freine l'émergence de besoins de prévention. Le processus politique décisionnel n'est guère motivé pour soutenir ce concept. Par ailleurs, ce discours ne va-t-il pas inciter des gens à boire plus? Si des mesures de protection des risques sont mises en place, pourquoi s'inquiéter et boire moins? La démarche de réduction des dommages n'est-elle pas déresponsabilisante? Annule-t-on tout le travail de prévention primaire? Y a-t-il contradiction avec le concept de modération? Et puis, peut-on laisser entendre aux gens qu'ils peuvent boire jusqu'à l'excès? N'est-ce pas une manière de cautionner leur comportement?

Tant de questions, auxquelles il faut réfléchir et répondre avant de se lancer dans des actions de réduction des dommages.

## L'exemple: Nez rouge

Nez rouge, à son arrivée en Suisse, a suscité ces réticences et ce questionnement. Sa réalisation concrète a toutefois démontré que ces appréhensions peuvent aisément être dépassées, en appliquant un concept rigoureux et riche en complémentarités. Dans le canton du Jura d'abord, puis petit à petit dans tout le pays, les Opérations Nez rouge ont permis à de nombreuses personnes de rentrer chez elles en évitant de risquer l'accident de la route, sans pour autant faire grimper les ventes d'alcool des établissements publics. Le concept, venu du Québec, possède en effet toutes les qualités requises pour faire la démonstration d'une approche de réduction des dommages réussie:

- pas de message moralisant
- une offre concrète, allant au-delà du simple "Boire ou conduire"
- un contexte clair, ciblé: la période des fêtes de fin d'année, où le "raisonnable" n'est pas forcément de mise
- un message sous-jacent, invitant à la réflexion à long terme: la prochaine fois, comment ferez-vous sans Nez rouge?
- la mobilisation de bénévoles et la médiatisation de l'opération, ce qui ancre l'action dans la collectivité et ouvre le débat public sur la consumma-

tion d'alcool, permettant de parler aussi de la modération, comme de la dépendance.

Ainsi, à travers une action perçue largement comme utile et positive - clés du succès! -, les spécialistes de la prévention ont réussi non seulement à réduire le nombre d'accidents dus à l'alcool, mais ont pu créer un contexte propice au débat et à la réflexion sur la consommation d'alcool, et faire passer le message de la modération. Nez rouge, c'est la démonstration qu'il est parfois efficace et porteur de viser prioritairement la conséquence plutôt que le comportement.

## Des prémisses, ça et là

Le concept de réduction des dommages liés à l'abus d'alcool est peu développé en Suisse. Pourtant, sans qu'il soit identifié comme tel, on trouve ça et là des actions qui s'y apparentent et constituent des pistes pour d'autres projets.

Peu pratiqué mais souvent évoqué, le concept du "conducteur désigné" devrait être plus développé dans notre pays. Il s'agit là de convaincre un groupe de personnes qu'un ou une d'entre eux va assumer la responsabilité de ramener le groupe à bon port en fin de soirée. Cette personne devra donc s'abstenir de consommer de l'alcool ce soir-là. Le problème: difficile d'offrir une contrepartie valorisante à la personne qui "se sacrifie", selon l'expression couramment entendue lorsqu'on suggère ce concept. Aussi serait-il nécessaire de trouver des avantages à adopter ce comportement. C'est autour de la gratuité des boissons sans alcool pour ces personnes-là qu'il faut chercher une solution. Se posent alors les problèmes de l'identification du "conducteur désigné" et du respect de son abstinence. Diverses idées ont été développées, qui nécessitent toutes une étroite collaboration avec les cafetiers -

restaurateurs: carte d'identité spéciale, badge, casquette, alcotest à la sortie, contrat de confiance, entre autres. Le concept du "conducteur désigné" mérite d'être exploré chez nous, dans des projets-pilote.

Toujours dans l'axe des accidents de la route, la mise à disposition de transports publics à bas tarifs durant toute la nuit est aussi une offre nécessaire. De même, les bons de taxi seraient une alternative au retour en état d'ébriété.

C'est incontestablement dans les bars, pubs et autres établissements publics nocturnes, là où il y a de fréquents abus d'alcool, que des actions de réduction des dommages doivent surtout s'implanter. La formation des serveurs est une approche qui a fait ses preuves pour réguler la remise d'alcool et l'ambiance du lieu. Le personnel de service est formé aux manières de réagir face à un client qui a manifestement trop bu, envers une clientèle trop jeune pour être servie en boissons alcooliques, en cas de violences ou pour empêcher un client trop alcoolisé de reprendre son véhicule. Pour faciliter la tâche des serveurs, le concept doit être renforcé par des mesures structurelles, comme un affichage de l'âge légal pour consommer de l'alcool, une promotion de boissons sans alcool attractives, des locaux aérés, la possibilité de prendre un repas léger, la réduction des offres promotionnelles de boissons alcooliques comme les Happy hours, etc. De nombreuses actions sont encore à inventer, à mettre sur pied de manière pilote et à évaluer en terme de consommation abusive et de violence. Saluons au passage le projet romand, géré par le GREAT, de campagnes avec les cafetiers - restaurateurs, qui va exactement dans le sens d'un contexte favorable à la prévention; ce concept permet des complémentarités avec des projets de formation du personnel de service, comme par exemple "ça(se) joue", mené conjointement dans le canton de Vaud

par la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et l'ISPA.

Dans un tout autre registre, citons l'interdiction de verres et bouteilles en verre dans les manifestations publiques d'envergure (une exception de taille, la Fête des vigneron et ses "vrais" verres!), afin de réduire les risques de coupures accidentelles ou consécutives à des bagarres. Autre option: en Angleterre par exemple, face aux nombreuses blessures dues à des bris de chopes de bière (cassées parce que lancées à travers le bar ou jetées à la figure d'une personne...), et à défaut de changer les mœurs des buveurs, on préconise maintenant l'usage de verre trempé Securit (comme les pare-brise!), qui se casse en gros fragments non coupants, genre morceaux de sucre.

## Du pain sur la planche

On le voit, le concept de réduction des dommages dus aux alcoolisations ponctuelles excessives doit encore se développer en Suisse. Se préoccuper de cette manière de boire sous cet angle-là nous donnera plus de temps pour réfléchir aux stratégies possibles pour inciter à boire moins celles et ceux qui ont fait le choix de s'éclater avec l'alcool, et leur permettre de traverser cette période de leur vie sans en subir, ni en faire subir, les dramatiques conséquences potentielles. C'est peu, mais c'est essentiel.

1. "Risikohohes Alkoholtrinken in der Schweiz": R. Müller, S. Klingemann, G. Gmel, D. Brenner, ISPA et OFSP, 1999, en allemand seulement, résumé en français disponible sur Internet: [www.programme-alcool.ch](http://www.programme-alcool.ch)

• A lire aussi: "Alcohol, Minimising the Harm, what's work?", Martin Plant, Eric Single et Tim Stockwell, Free Association Books Ltd, 1997, en anglais seulement. Disponible en prêt à la bibliothèque de l'ISPA

# Soins palliatifs: changer son fusil d'épaule n'est pas déposer les armes

Paul Beck, infirmier directeur, Fondation Rive-Neuve, Villeneuve.

*(réd.) Peut-on imaginer que, pour l'intervenant du champ des dépendances, la réduction des risques s'apparente à des soins palliatifs? Que, dans ce cas-là, l'accompagnant doit lâcher ses a priori, son désir de soigner, de sauver?*

*Qu'il s'agit alors d'accepter la personne là où elle est, l'accompagner là où elle veut aller. Partir du principe qu'elle est réellement, fondamentalement, responsable de sa vie.*

*Des pistes de réflexion, mises bout à bout, sont offertes à votre perspicacité.*

Face à l'échec ou confrontés aux limites de leurs interventions, tous les professionnels sont enclins à pratiquer l'erreur stratégique du "faire plus de la même chose"<sup>1</sup>, traduite en économie sous le concept des "rendements marginaux": "plus ça coûte moins ça rapporte." On pourrait en énumérer nombre d'illustrations, dont l'acharnement thérapeutique, qui explique mon intervention dans ce dossier.

Laissant de côté les motivations carriéristes, pécuniaires voire sadiques, nous retiendrons la difficulté professionnelle à reconnaître nos limites, comme si les compétences étaient incompatibles avec l'humilité, qui se traduit notamment par la capacité de se remettre en question. Pourtant, les conséquences en sont désastreuses non seulement du point de vue des "victimes", mais aussi bien des acteurs par tout ce qui mène au burn-out: l'insatisfaction, l'amertume, la perte de l'estime de soi ...

Enfin, les incidences financières devraient finalement convaincre les plus rétifs à toute remise en question dans "leur" domaine, vécue comme une ingérence: l'étude finlandaise de K. Holli et M. Hakama<sup>2</sup> illustre cet argument, dont on peut estimer qu'il serve de levier à introduire des changements institutionnels. De même, la pratique des financements par cas (DRG) en milieu hospitalier confirme le bénéfice d'agir sur le niveau "neutre" mais incontournable des économies à réaliser, pour contraindre à la remise en question des professionnels.<sup>3</sup>

D'autres méthodes, plus pédagogiques qu'incitatives, devraient compléter les exigences venues "d'en haut". On peut

en mentionner au moins deux qui ont fait leur preuve: l'analyse systémique et l'interdisciplinarité, qui reposent sur le postulat que, face à une situation complexe, personne ne peut avoir raison, au sens où Piaget définissait l'objectivité par un "accord intersubjectif".

## Soins palliatifs

"Tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire". Telle est la définition la plus simple (étymologiquement "sans pli") des soins palliatifs. Elle engage deux aspects:

- la reconnaissance que l'**objectif** thérapeutique de guérison **n'est plus atteignable**, ce qui, en terme pédagogique ou de gestion, est fondamental;
- l'abandon d'un objectif inatteignable ne signifie pas de facto la démission, mais une modification stratégique de l'objectif, tel le repli militaire, vers un objectif "adéquat à la réalité". Or, c'est bien "l'adéquation à la réalité" qui définit le concept de qualité<sup>4</sup>.

On comprendra donc l'intérêt de la remise en question comme une démarche de qualité. Pour éviter qu'elle demeure aléatoire et sporadique, il convient encore de la rendre systématique. Ainsi, un item de l'accréditation Apeq<sup>5</sup> stipule l'évaluation **hebdomadaire** des objectifs thérapeutiques pour **chaque** patient.

L'essentiel cependant ne réside pas dans la méthode, mais dans l'éthique. Parce que la vraie question, c'est bien la "guérison".

“ Que veux-tu faire quand tu seras grande? ” demande la grand-mère à sa petite fille.  
 - “ Je veux être malade ”  
 - “ Mais ce n’est pas un métier! ”  
 - “ Alors, je serai infirmière ... ”

## Qui guérit?

Ambroise Paré répondait: “*je le pensais, Dieu le guérit*”. Cette humble proposition, écrite dans le hall des auditoires du CHUV, à la fois lieu de culte et cours de récréation des étudiants, est censée remettre “l’église au milieu du village”. Toute maladie est une “maladie de l’âme”, un mal de vivre. Elle comporte simultanément une souffrance et un **bénéfice**: “guérir” signifierait alors la perte de toutes les prestations de soins. “*Les êtres humains deviennent malades pour trouver quelqu’un qui les soigne... la maladie est un moyen pour se sentir mieux qu’on ne le pourrait sans elle, pour éviter des désagréments. Elle n’est pas automatiquement un mal, mais l’inconscient cherche à obtenir un avantage en étant malade. Que ce soit souvent bête, c’est une autre affaire. Souvent la maladie est apparemment pire que le mal. L’âme veut être protégée, et si elle peut y parvenir à l’aide d’une maladie, elle le fait. Elle protège la vie la plus profonde et la plus intime, dont nous ne savons rien*”<sup>6</sup>. D’ailleurs, le statut médical se définit socialement par le diagnostic, le traitement et le pronostic, non par la guérison. Comme le juriste, le médecin, et tous les thérapeutes associés, ne sont pas liés par un contrat de performance (guérir) qui leur échappe, mais par un contrat de moyens: faire de son mieux. C’est donc bien sur la confusion sémantique de guérison que provient la difficulté de reconsidérer la finalité des interventions thérapeutiques. Tant que nous conservons au fond de nous l’illusion de guérir autrui, nous restons tentés

par la stratégie de “faire plus de la même chose”, avec des résultats de moins en moins probants et de plus en plus coûteux. Cette illusion interpelle bien entendu la motivation de chaque intervenant dans le domaine de la santé ou celui de l’éducation: quelle fragilité de nos défenses à l’égard de la maladie, de la mort, de la souffrance ou de la déviance nous a-t-elle incités à professionnaliser une névrose?

## “Accompagner”

C’est la “voie du milieu”: entre l’acharnement et l’euthanasie. Certes, il ne s’agit pas d’un abandon, encore moins d’une démission mais d’une nouvelle qualité d’attention. L’objectif est moins ambitieux, il nous préserve des scories de la toute puissance infantile<sup>7</sup>. Il est adéquat à la réalité: c’est un critère de qualité. Il est économique tant du point de vue des acteurs, des sujets que des deniers publics. Enfin, il est humaniste et non dogmatique. Il remet le sujet au cœur de l’intervention, de l’aide, du soin, - avec son potentiel, ses envies, ses projets, - et non les nôtres sur lui. Notre pratique, qui s’adresse aux patients cancéreux (95 %) et sidéens pour lesquels l’objectif thérapeutique est dépassé ou refusé est issu du Mouvement des Hospices. Reconnu dans les recommandations du rapport 804 de l’OMS, ce dernier n’a pas encore réellement pris racine dans les milieux “autorisés” des Facultés, sinon en Angleterre et en Amérique du Nord. Néanmoins, son extension se poursuit au-delà des cas oncologiques, dans la prise en compte de la douleur et du “confort” au sens le plus large de “bien-être”, en particulier en gériatrie et dans les maladies chroniques et dégénératives. La question posée aujourd’hui dans les milieux éducatifs confirme la pertinence d’envisager parfois de “changer son fusil d’épaule” sans qu’il soit pour autant question de “déposer les armes”.

## Conclusion

Enfin, accompagner nous renvoie à la simplicité étymologique de “partager son pain”, magnifiquement illustrée par les pèlerins d’Emmaüs: “*ils le reconnu-*

*rent à la fraction du pain*” (Luc, 24,35). Le sentiment de ne pas être abandonné mais respecté jusque dans l’incapacité de tout vouloir “guérir” peut conduire quelqu’un à “rebondir” au sens de la “résilience” développée par Boris Cyrulnik dans “ce merveilleux malheur”, et par Bertrand Piccard dans sa thèse “la pédagogie de l’épreuve”: la vie ne prend sens parfois, enfin, qu’au travers du pire. Mais le “pire” n’est souvent que le regard de l’autre, qui se croit légitimé pour “corriger”. “Agir est utile”, disait Lao Tseu, “seul le non agir est efficace.” Mais dans le non-agir taoïste, il n’est question ni de passivité ni d’indifférence. Seulement d’attention, de patience et de... confiance.

1. P. Watzlawick, “Changements, paradoxes et psychothérapie”, ch.3 pp. 49-57, Seuil, 75

2. K. Holli et M. Hakama, “Traitement du cancer du sein en phase terminale”, British Medical Journal, vol. 298, 7 I 89: cette étude a montré que “les patientes en phase terminale du cancer du sein ont été traitées de façon intensive tant contre la maladie elle-même que contre ses symptômes. En effet, ces dernières ont subi un traitement plus intensif que celui que suivaient les patientes qui n’étaient pas en phase terminale, mais qui auraient pu présenter un cancer récurrent. En outre, bon nombre de patientes en phase terminale ont fait l’objet d’examen concernant d’autres maux, mais seules 3 sur 54 auraient pu en bénéficier. Il est difficile de déterminer quand un patient se trouve en phase terminale d’une maladie, mais selon l’analyse des notes que nous avons effectuée, il apparaît que la mort avait été prévue correctement: 53 sur les 54 patientes en phase terminale présentaient une maladie progressive qui réagissait peu au traitement. Il est possible que le traitement ait été intensifié dans l’espoir de prolonger la vie de la patiente. Néanmoins, l’on sait que le traitement ne prolonge pas la survie moyenne dans cette phase”.

3. Revue des hospitalisations par diagnostic: en 1997, une étude interne met en évidence 56’000 “journées inappropriées” au sein des hôpitaux du GHRV, soit 30 % des hospitalisations

4. R. Pirsig, “Le traité du zen et de l’entretien des motocyclettes”, Seuil, 1974

5. Apeq: agence pour l’évaluation de la qualité, à l’origine des CTR (Centres de traitement et réadaptation) actuellement en passe de devenir leader dans le domaine de l’accréditation suisse des institutions sanitaires.

6. G. Groddeck, “Conférences psychanalytiques à l’usage des malades”, 1916-1919, éd. Champ Libre, 1978

7. M. Klein, “Les racines infantiles du monde adulte...”, in “Envie et gratitude”, Gallimard 68

## COURS SEMINAIRES

**Journées de sensibilisation  
ISPA 1999 - 2000**

**Toxicomanie : Connaissances de base**  
vendredi 17 septembre 1999

**Les produits psychotropes et leurs  
effets**  
vendredi 1er octobre 1999

**Le tabac et sa consommation**  
vendredi 29 octobre 1999

**Médicaments : prévenir l'abus**  
vendredi 5 novembre 1999

**Culture jeunes, rave, techno party et  
ecstasy**  
vendredi 12 novembre 1999

**Les comportements à risques chez les  
adolescents**  
vendredi 19 novembre 1999

**Gestion des problèmes liés à l'alcool  
dans le monde professionnel**  
vendredi 26 novembre 1999

**Femmes et dépendances: vers une  
approche spécifique selon le sexe**  
vendredi 10 décembre 1999

*Programme complet auprès de:*  
ISPA, , D. Ayer, CP 870, 1001 Lausanne,  
021/321.29.85, e-mail: dayer@sfa-  
ispa.ch.

**Perfectionnement professionnel ARIA,  
ateliers de formation du GREAT**

**Enjeux éthiques et facteurs de réduction  
des risques**

13, 14, 15 septembre  
Miguel De Andrès, Psychiatre-psycho-  
thérapeute directeur du SAPS,  
Barcelone (E) - Jean-Claude Mettraux,  
Pédo-psychiatre, Lausanne - Claude de  
Jonckheere, Dr en sciences de l'éduca-  
tion, éthicien et philosophe, Genève -  
Joakim Delarive, Chef de clinique de la  
Division de gastro-entérologie, CHUV,  
Lausanne - Amalio Telenti, Médecin  
adjoind au Service des maladies infec-  
tieuses, CHUV, Lausanne - Jean-Pierre  
Garbade, Avocat, Genève

**Relation thérapeutique sous contrainte**  
27 septembre

Jacques Gasser, PD, médecin-chef de  
l'Unité psychiatrique d'expertises, Hôpi-  
tal de Cery, Lausanne - Bertrand Yersin,  
PD, médecin-chef de l'Unité d'Alcoololo-  
gie, Div. d'Abus de Substances,  
Lausanne

**Thérapie et émotions après le sevrage**  
4 - 5 novembre

Frédéric Neu, Psychologue FSP à Barti-  
mée et en pratique privée, Lausanne

**Réduction des risques liés à l'injec-  
tion de substances psycho-actives**

25 - 26 novembre  
Jacqueline Reverdin, Infirmière-ensei-  
gnante à l'Ecole d'Ambulanciers,  
Genève - Emmanuel Ducret et / ou  
Chantal Berthet, Infirmiers au BIPS,  
Genève - Thierry Musset, Infirmier spé-  
cialiste clinique en toxicodépendances,  
HUG, Genève

*Renseignements et inscription:*  
ARIA/GREAT, Case postale,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34,  
fax 024/426 34 35

**Formation "Fil rouge"**

**"La valise pédagogique" - Outils pra-  
tiques 2**

Ernst Servais, Thérapeute en toxicoma-  
nie et spécialiste de la prévention com-  
munautaire à Eupen en Belgique  
1 jour, mardi 16 novembre

**Facteurs de risque chez les enfants et  
pré-adolescents**

Monique Bolognini, docteur en sciences  
sociales, Cheffe d'Unité de recherche au  
SUPEA, Lausanne; Geneviève  
Marthaler-Conne, art-thérapeute,  
Lausanne; Hélène Speekenbrink et  
Danièle Lefèbvre, psychologues et thé-  
rapeutes, Paris  
30 septembre et 1er octobre 1999,

**Affirmation de soi et compétences  
sociales - Outils pratiques 1**

Alain Perroud, Psychiatre responsable de  
la Clinique des Vallées (F).  
1 jour, mardi 2 novembre 1999

*Renseignements et inscription:*

Fil rouge, Case postale,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34,  
fax 024/426 34 35

**Modules fordd**

**Savoir promouvoir et coordonner le  
réseau**

Intervenants: Francis Charmillot, tra-  
vailleuse sociale; Mark Geyer, psychothé-  
rapeute FSP, psychologue; Nicolas  
Heller, responsable-adjoind des locaux  
d'injection en ville de Bâle; Christian  
Moeckli, lic. en sciences pol.; Jean-Louis  
Nicou, infirmier en psychiatrie;  
Geneviève Ziegler, sociologue  
Trois jours: 9,10,23 novembre 1999

*Renseignements et inscription:*  
fordd, case postale 20, 1401 Yverdon,  
024/426 34 34, fax 024/426 34 35



Le Bureau Suisse pour la réduction des risques liés aux drogues de l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière OSEO travaille sur mandat de l'Office fédéral de la Santé publique OFSP. Ce bureau s'adresse aux professionnels et professionnelles de terrain, aux institutions et aux administrations publiques avec pour but d'améliorer les prestations sociales et de soins pour les personnes qui consomment des drogues illégales. Il offre des services d'information, de documentation, de mise en réseau, de conseils et de financement.

Nous élargissons notre activité et recherchons deux collaboratrices et collaborateurs pour développer des prestations dans les domaines suivants:

- Prévention du VIH et des hépatites
- Travail social de proximité et ambulatoire (travail de rue, prévention des risques liés à la prostitution)
- Intégration sociale; projets de travail, de logement et de formation

Les postes à pourvoir correspondent à deux temps partiels (60% à 80%), centrés respectivement sur la Suisse alémanique et romande. Entrée de suite ou à convenir.

Nous attendons:

- Diplôme d'une école en travail social ou équivalent
- Formation continue en management de projets ou formation d'adultes
- De l'expérience dans la mise sur pied de projets sociaux ou de promotion de la santé, aptitude à faire du travail conceptuel
- Connaissance des questions de dépendances, avec une expérience confirmée de travail dans un des domaines suivants:
  - Prévention VIH et hépatites auprès de personnes toxico-dépendantes
  - Travail de rue, travail de proximité
  - Travail social auprès de groupes marginalisés
- Langues: français ou allemand, avec une très bonne maîtrise de l'autre. Italien un atout.

Nous nous adressons à des personnalités indépendantes et entreprenantes qui aiment tisser des liens dans un environnement multidisciplinaire.

Nous vous offrons:

- Une grande autonomie et la possibilité de façonner vous-même dans une large mesure vos activités.
- Un champ d'action national dans un environnement stimulant.
- Un lieu de travail à proximité immédiate de la gare de Fribourg
- De bonnes conditions d'engagement, régies par la CCT progressiste de l'OSEO

Christian Moeckli est à votre disposition pour plus de renseignements (Tél: 026 / 347 15 75; sahoseo@infoset.ch). Candidature jusqu'au 10 septembre à: OSEO - Bureau Suisse pour la Réduction des Risques - Doris Samaniego - 9, rte des Arsenaux - 1700 Fribourg


# d é p e n d a n c e s


- **Vous aimez écrire?**
- **Vous avez envie de vous exprimer?**
- **Vous voulez faire part de votre expérience?**

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti".

### Les textes sont à envoyer à:

Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains

Editée par:  Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

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