

LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogue

Décembre 2003

Hors-série n°2

Médicament de substitution

Pratique de Seuils

& Expériences nouvelles

Déjà paru :

Le Flyer Hors-série n° 1, juin 2003

Pharmaco-dépendances aux opiacés,
grossesse et parentalité

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE
Centre Nova Dona
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14**

E-mail : novamb@club-internet.fr

Humeur : Comment peut-on être Persan* ?

Dr Claude JACOB, C.H.S. Jury les Metz

L'avantage des articles de nos amis Belges, Canadiens, Suisses, c'est qu'ils sont écrits en français, pour des patients dont c'est la langue. La France écrit certes en français, mais aussi en anglais déguisé ; le terme d'addiction n'en étant que le dernier avatar.

Mais que dit-on en français dans ces articles ? Que nous sommes, nous Français, dans des pratiques, des certitudes qui n'ont de naturels que de forme, de valeur générale que de façade, que nos exigences sont à l'aune de notre ignorance, que nos exigences faibles ou inexistantes sont fondées sur une carence de moyens certes financiers mais aussi de réflexion.

Aussi nous prendrons connaissance :

⇒ De nos pratiques de sélection de ségrégation, de rejet dans notre refus de prendre la demande en compte, serait-elle initialement de substitution, de manière compétente et adaptée. Pour permettre la construction d'une demande singulière que seule la durée du temps médical initial autorise.

C'est ce qu'expose Jean-Pierre Jacques de Bruxelles.

Ceci met à mal nos fantasmes d'accessibilité.

⇒ D'un programme d'admission avec méthadone initialement initiée, qui permet de donner du temps à la décision, à l'évaluation, à l'indication ou à la contre-indication de la poursuite de la substitution.

C'est ce que propose Nelson Feldman de Genève.

Voilà qui devrait faire chuter la moyenne d'âge de nos patients sous méthadone.

⇒ Que des exigences hautes ou basses sont des tyrannies hautes ou basses, que de les figurer par un cadre plus ou moins étroit, contraint les patients à le mettre à mal et les intervenants à la rétorsion.

C'est ce qu'expose Serge Béchet.

L'accueil et le fanatisme programmatique de l'encadrement sont renvoyés à l'envoyeur

⇒ Que le décorticage de la notion de motivation se décline dans une objectivation du patient. Que le processus est tout, la motivation, rien. Jean-Pierre Jacques ne dirait pas autre chose.

C'est ce que confirme Vincent Rossignol.

Nous sommes nous-mêmes ignorants des mythes qui nous activent.

Voilà pour le menu.

Le moins que l'on puisse en dire, c'est que ce n'est pas de la cuisine traditionnelle française. Nous, intervenants français, sommes occupés par les enjeux législatifs, voire institutionnels, peut-être n'avons-nous pas le temps nécessaire à une réflexion sur nos pratiques. Peut-être pour notre défense, nos pratiques sont-elles encadrées par une pression normative réglementaire, institutionnelle et légale, *alors encore un effort, devenons Persans.**

Montesquieu, 'LES LETTRES PERSANES', lettre XXX.

Sommaire

Humeur : Comment peut-on être Persan ?

Dr Claude JACOB

Metz

P. 3

Editorial :

Dr Jean-Michel DELILE

Bordeaux

P. 6

Le programme préparatoire avec la méthadone

Dr Nelson FELDMAN

Genève

P. 10

Seuil d'accès au médicament de substitution

Mustapha BENSLIMANE et al.

Paris

P. 15

Vers une perspective de réduction des méfaits : Relais-méthadone, un programme novateur

Pierre LAUZON et al.

Montréal

P. 23

Seuils, analyse de la demande et pratiques de sélection

Dr Jean-Pierre JACQUES

Bruxelles

P. 30

Les microstructures médicales dans le traitement des pharmacodépendances aux substances psychoactives en médecine générale

Dr George-Henri MELENOTTE et al. **Strasbourg**

P. 36

Haut et bas niveau d'exigence, ou qui exige quoi de qui ?

Dr Serge BECHET

Bruxelles

P. 44

Réflexions sur une pratique quotidienne de soins infirmiers au Centre Méthadone des Ardennes, dit à 'haut seuil'

Bruno RESSUCHE

Charleville-Mézières

P. 47

Une histoire belge qui fait réfléchir !

Dr Anne-Françoise VANHOENACKER LILLE

& Histoire belge ou enjeu européen ?

Yves LEDOUX

Bruxelles

P. 65

Relais ville et pratiques de 'seuil' à Saint-Germain-en-Laye

Dr Michel LYS

Paris

P. 68

La motivation au changement dans le traitement des patients dépendants aux opiacés :

MYTHES ET REALITES !

Vincent ROSSIGNOL

Montréal

P. 71

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.

Editorial

Jean-Michel DELILE, CEID, Bordeaux

L'histoire belge rapportée par le Dr VANHOENACKER et commentée par Yves LEDOUX a le grand mérite d'ouvrir le débat sur les pratiques de seuil et plus globalement sur la diversité de l'offre de soins dans le domaine des traitements de substitution. Cette diversité, quand elle existe, permet en effet aux patients de choisir la prestation qui leur semble convenir le mieux à leur situation du moment mais au prix, parfois, de bien des dérapages. Elle semble également être source de difficultés pour les professionnels qui, faute d'éléments d'orientation dûment évalués, sont trop souvent abandonnés à leur isolement, à leur seule expérience clinique et à leurs croyances. Cette fragilité renforce dès lors le risque de devoir justifier ses propres pratiques en les opposant à celles éminemment mauvaises d'« adversaires » (incompétents ou mal intentionnés), pratiques inconsciemment caricaturées pour les noircir encore : ce que les sociologues appellent des stéréotypes négatifs. Ces stéréotypes, par leur noirceur même, viennent dès lors concourir à un processus d'auto-justification et de réassurance des praticiens. Les deux stéréotypes opposés dominants sont :

- **Le CSST psychanalytico-inaccessible** : tenu par des intégristes dogmatiques, ayatollahs de l'abstinence et de la sainte « évaluation de la demande », y être admis tient d'un parcours du combattant parsemé de multiples rendez-vous préalables qui sont autant d'embûches. Dans ces conditions, accéder à la méthadone s'apparente à une interminable quête initiatique où l'impétrant devra renoncer à toute singularité pour se conformer au moule préétabli par la secte. Tous les sujets non formatables sont impitoyablement rejetés. Il ne faut pas imaginer pour autant que le calvaire des heureux élus s'arrête avec leur admission, bien au contraire ; les exigences et les contraintes quotidiennes se multiplient comme autant de pénitences. Seule une entière soumission aux arrêts de l'équipe soignante peut leur laisser espérer un salut aussi lointain qu'incertain.
- **Le « dealer » en blouse blanche** : la seule difficulté d'accès au prescripteur est liée à la foule de « tox » qui encombre sa salle d'attente, sinon une fois qu'on a réussi à l'atteindre, en patientant, en jouant des coudes ou en menaçant, alors tout arrive à la demande : Skénan®, Subutex® (même méthadone si marchandage), Artane®, Rivotril®, Tranxène®, Rohypnol®, Lexomil®, Xanax® etc. Tout est possible, tout de suite, sans examen, sans contrainte. Il suffit de passer ensuite une fois tous les 14 ou 28 jours et si cela semblait encore trop compliqué, un simple coup de téléphone ferait l'affaire, l'ordonnance étant alors faxée au pharmacien. Seule la livraison à domicile reste exclue la plupart du temps sauf à passer par un autre client-intermédiaire. Il est à noter que ce stéréotype se divise en deux sous-catégories : l'intervenant « humanitaire » qui attire une certaine sympathie mâtinée cependant de commisération pour s'être laissé envahir, et l'intervenant « mercantile » unanimement honni de ses confrères (mais toléré car il les « débarrasse » de patients qu'ils n'ont guère envie de voir dans leur salle d'attente).

Voilà donc les stéréotypes du « haut-seuil » et du « bas-seuil ». Même si ces portraits ne sont peut-être pas sans évoquer telle ou telle situation réelle, chacun conviendra que les pratiques

usuelles, institutionnelles ou individuelles, sont souvent mixtes et en tout cas rarement aussi caricaturales. A l'inverse, il est d'ailleurs possible de rencontrer des CSST qui font du bas-seuil et des praticiens libéraux qui ont des pratiques si rigoureuses et exigeantes qu'elles dissuadent bien des toxicomanes de faire appel à eux.

Si ces réflexions touchent donc particulièrement les zones frontalières où le « gradient » entre les pratiques de seuil est particulièrement important, ce gradient existe aussi, comme le rappelle très justement la rédaction du « flyer » dans son commentaire, dans nombre de villes où coexistent à l'évidence des pratiques fort diverses d'un praticien (ou d'un CSST) à l'autre. C'est ainsi que beaucoup d'usagers, quitte à faire quelques détours et à devoir payer, préféreront fréquenter des lieux faciles d'accès où ils pensent pouvoir obtenir ce qu'ils veulent (notamment des produits à effet nettement renforçant) plutôt que de devoir passer sous les fourches caudines des prétendues « prises de tête » et de la surveillance quotidienne pour un résultat différé et une abstinence qui ne fait pas partie de leur projet du moment. En ce sens, cette question n'intéresse donc pas exclusivement nos amis des frontières mais pose un problème général.

Quelles sont les bonnes pratiques et donc les mauvaises ? Est-il rationnel de condamner d'emblée toutes les pratiques alternatives ? En fait, cette dernière vision n'aurait de sens que si l'objectif des traitements de substitution était le même quelles que soient les pratiques de seuil. On pourrait alors identifier les méthodes les plus efficaces pour atteindre cet objectif et récuser les autres. Or, ce n'est pas le cas avec les traitements de substitution, ils peuvent être utilisés pour des objectifs différents et c'est sans doute cette particularité qui contribue à entretenir l'actuel climat de confusion. Un travail de synthèse récent (AURIACOMBE et al.*) résume bien la question : « On regroupe sous le terme de traitements de substitution des entités différentes : les substitutions vraies, qui sont des interventions sur les dommages collatéraux dus à la dépendance sans modifier celle-ci, et les traitements de maintien de l'abstinence qui sont des interventions qui agissent sur le comportement de dépendance lui-même. » Distinguo que résume bien le tableau suivant :

SUBSTITUTION VRAIE	MAINTIEN DE L'ABSTINENCE
Pas d'effort ou de contrainte particulière pour le patient	Engagement et effort important pour le patient. Nécessite préalablement d'être dans une démarche visant à arrêter
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie et/ou le besoin de substances	Supprime l'envie et/ou le besoin de substances et aussi les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substances ou les augmente	Réduit les autres usages de substances
Produits : inhaleur et gomme à mâcher de nicotine, héroïne médicalisée, buprénorphine ou morphine utilisées en IV	Produits : patch de nicotine, buprénorphine sub-linguale, méthadone orale

TABLEAU COMPARATIF
ENTRE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION VRAI ET
TRAITEMENT DE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE
(AURIACOMBE et al.)

Dans le premier cas, on vise essentiellement des objectifs de réduction des risques sanitaires et sociaux associés à l'usage de drogues en aidant les patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas tenter d'interrompre leur intoxication, à pouvoir la poursuivre de façon plus sûre

par la délivrance de produits contrôlés et par l'accès à du matériel stérile, ainsi qu'à leur donner accès à des informations à visée préventive et à divers dispositifs d'aide. Les contacts ainsi établis avec des professionnels permettent également d'espérer un recours plus rapide à une prise en charge globale et l'élaboration d'une demande de soins vis-à-vis de la toxicomanie, notamment sous la forme d'un traitement cadré de l'addiction elle-même. Ces pratiques visent des publics non demandeurs de soins avec des objectifs de santé publique (SIDA, hépatites, accès aux soins de jeunes marginalisés...), elles doivent donc nécessairement avoir des seuils bas d'accès et d'exigences. A l'opposé, le traitement de maintenance vise à traiter l'addiction elle-même en réduisant progressivement l'envie ou le besoin de consommer, ce qui nécessite une implication majeure et durable du patient, une prise en charge globale et un « monitoring » attentif incluant notamment des analyses urinaires. Si les seuils d'accès à la méthadone se sont de fait progressivement abaissés en France depuis 1993, les seuils d'exigence en revanche doivent rester élevés pour que le traitement reste sûr et efficace.

Ces objectifs différents impliquent donc des pratiques et des critères d'évaluation différents, on ne peut juger les uns à l'aune des autres. Sans doute même ces pratiques diversifiées sont-elles nécessaires pour répondre à la diversité des patients et aux divers moments de leurs parcours. Il serait nécessaire en revanche de mieux les codifier et les articuler pour éviter que la confusion ne devienne par trop chaotique comme dans cette histoire belge ou dans celle similaire survenue naguère à Montpellier où l'interruption brutale pour des raisons disciplinaires d'une source locale d'approvisionnement en Skénan lâcha sur les routes des centaines d'usagers à la recherche de prescriptions urgentes de méthadone dont certains arrivèrent jusqu'à Bordeaux.

Tout ceci doit nous amener à interroger nos pratiques et à suivre attentivement toutes les expériences nouvelles comme celle de St Germain en Laye que présente le Dr Michel LYS où les deux options, bas-seuil et haut-seuil, sont présentées au choix, dans le même centre, à tout patient demandeur d'un traitement par la méthadone. Quelle que soit la décision du patient, cela permet dans tous les cas de « conclure une première alliance thérapeutique non conflictualisée » dont on sait par ailleurs qu'elle est une des clefs du succès de toute prise en charge. On peut parler aussi comme le Dr Serge BECHET de « modèle rationnel négocié » où au bas-seuil d'exigence répond un haut niveau d'attention. De même, Bruno RESSUCHE qui présente les pratiques à haut-seuil du Centre méthadone des Ardennes précise qu'il est « essentiel que, dans un même bassin géographique, se côtoient deux centres de substitution par la méthadone aux seuils d'accessibilité et aux exigences thérapeutiques distincts », l'un ouvrant la voie à l'autre. C'est ainsi encore que le programme préparatoire à la méthadone que présente le Dr Nelson FELDMAN de Genève cherche à réconcilier l'obtention rapide de la méthadone avec l'élaboration d'un projet global de soins, expérience à rapprocher du programme « Relais-méthadone » à bas-seuil d'accès lancé à Montréal et que présentent Michel PERREAULT et col. Au final, ce qui doit l'emporter, c'est le respect du sujet et de sa demande, base de départ de l'élaboration d'un projet thérapeutique. Le Dr Jean-Pierre JACQUES, du Projet LAMA à Bruxelles, nous rappelle qu'« il nous faut reconnaître les compétences du sujet, plutôt que de s'échiner à le contrarier et le discréditer » du haut de nos certitudes professionnelles ou personnelles.

Ces dernières remarques nous ramenant en Belgique, il convient de rappeler que le Rapport de suivi de la conférence de consensus sur la méthadone (Bruxelles, novembre 2000, Ministère de la Santé Publique, Conseil Supérieur d'Hygiène) a eu l'immense mérite de procéder à un premier bilan de la diversification et de l'abaissement des seuils de prise en charge (également appelé « assouplissement » des pratiques) consécutifs à la conférence de consensus de 1994. Nous manquons cruellement d'un tel travail en France. Si les données internationales

abondent en effet sur les traitements de substitution appliqués à la dépendance elle-même (doses efficaces, monitoring, prise en charge globale), les pratiques de bas-seuil restent quelque peu souterraines et insuffisamment évaluées. Si leur intérêt en matière d'accès aux soins, d'amélioration de l'état de santé des patients et de leur insertion sociale est généralement admis encore que de manière bien imprécise, l'ampleur, la visibilité et la nocivité des mauvaises utilisations de traitements de substitution, tout particulièrement de Subutex® en pratique de ville, contribuent à troubler fortement les patients et les professionnels alors même que la bonne accessibilité à ces traitements a permis à la France de devenir l'un des pays européens où la réduction de la mortalité des héroïnomanes a été la plus importante ces dernières années.

Ces données sont donc encore insuffisantes pour définir de bonnes pratiques de bas-seuil comme cela a pu être fait par ailleurs pour le haut-seuil. Ce retard tient pour partie au fait que les praticiens du bas-seuil (médecins libéraux ou institutions souvent précaires) n'ont guère de disponibilité pour procéder à des recherches, que leurs patients sont souvent parmi les plus instables (et donc difficiles à suivre et à étudier), que ces pratiques sont éclatées, non codifiées et donc difficilement évaluables et que nombre d'entre elles ne sont pas réglementaires au regard des AMM (Autorisation de mise sur le marché) actuelles, ce qui n'encourage guère à les publier. Si l'on ajoute à cela le poids des stéréotypes évoqués plus haut et les risques d'incompréhension face à des pratiques semi-clandestines qui peuvent être assimilées à une tolérance coupable face à la drogue ou aux plaisirs interdits, on comprendra que les chercheurs ne soient pas légion en ce domaine. Et pourtant, comme le montre bien ce numéro spécial, les initiatives et les expériences nouvelles abondent, toutes ont pour grande qualité de tenter de mieux adapter l'offre de soins aux besoins et aux possibilités des patients et non de faire l'inverse. La diversification des pratiques de seuil est déjà largement en route au prix parfois de bien des tensions et des problèmes induits. Leur coordination avec les autres pratiques de soins mais aussi leur évaluation sereine sont donc de toute première urgence pour les développer sur de meilleures bases.

Gageons que ce document y contribuera dans l'attente des prochaines Recommandations pour la Pratique Clinique sur les traitements de substitution et de la Conférence de consensus qui sera organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) en 2004 sous l'égide de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

* : AURIACOMBE M., FATSEAS M., FRANQUES-RENERIC P., DAULOUÈDE J.-P., TIGNOL J. Thérapeutiques de substitution dans les addictions. Revue du praticien, 2003 : 53, 1327-1334

Le programme préparatoire avec la méthadone

*Dr Nelson FELDMAN, Département de psychiatrie, Division d'abus de substances,
Unité de toxicodépendances, GENEVE*

Introduction

L'unité pour toxicodépendance de la Division d'Abus de Substances (DAS) est un service spécialisé dans l'accueil et le traitement de patients toxicodépendants à Genève. Depuis 1991, dans notre service, la méthadone est utilisée comme médicament de choix dans le traitement de la dépendance à l'héroïne, soit comme traitement de substitution à moyen ou à long terme, soit pour le sevrage en milieu ambulatoire ou hospitalier.

Cette Unité est composée de deux consultations sectorisées à Genève, avec une équipe multidisciplinaire, et deux unités hospitalières : la première de 7 lits pour les sevrages (Villa les Crêts), la seconde au sein de l'hôpital psychiatrique pour le traitement de la comorbidité associée à la toxicodépendance (le Seran).

Dans un premier temps, la majorité des héroïnomanes qui consultent en ambulatoire cherchent avant tout un traitement qui soulage l'état de manque, sans être clairs sur le choix d'un sevrage ou d'un traitement de substitution. En raison de ce mode de présentation et dans un souci **d'accessibilité** aux soins, nous avons mis en place, depuis 1994, un programme d'admission avec méthadone, pendant une durée d'un mois, dans le but de favoriser le choix thérapeutique ultérieur le plus adapté, en évitant une orientation prématurée et parfois erronée lors des premiers entretiens, souvent dans un contexte de crise.

Ce travail présente le programme préparatoire et une étude réalisée pour évaluer ses résultats, durant la période d'octobre 2000 à octobre 2001, et les comparer à une étude précédente (1998-1999).

Situation actuelle de la substitution en Suisse

Les traitements avec la méthadone représentent le 1^{er} choix en matière de traitement de maintenance en Suisse. A l'heure actuelle, il y a 18.000 patients en traitement avec la méthadone (la Suisse compte un peu plus de 7 millions d'habitants).

Par ailleurs, il y a 1.200 places de traitement avec prescription d'héroïne (en intraveineuse ou en comprimés per os) dans 21 centres en Suisse, dont un à Genève (le PEPS), avec 50 places, qui fait partie de la Division d'Abus de Substances.

A Genève, 1.400 patients héroïnomanes sont en traitement avec la méthadone, 300 sont suivis dans la DAS, seule institution publique pour les soins. La Fondation Phénix (privée) et une centaine de médecins installés en ville suivent les autres patients en traitement. Les pharmaciens de la ville sont associés à l'administration quotidienne du traitement.

La DAS a développé depuis 10 ans un traitement de méthadone qui s'appuie sur une équipe multidisciplinaire et le travail en réseau. Les interventions de différents professionnels sont adaptées selon les besoins et la situation de chaque patient, mais tous bénéficient d'un suivi médico-infirmier régulier, d'un bilan somatique, psychiatrique et social. Un psychiatre est responsable du traitement et le suivi psychothérapeutique est fortement encouragé.

Notre philosophie de travail en réseau permet une bonne articulation avec d'autres partenaires dans l'entourage du patient : famille, réseau social ou médical.

Déroulement du programme préparatoire (P.P.)

Sans formalité administrative particulière, tout patient peut être reçu en entretien dans une consultation, sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Une ou des analyses d'urines sont réalisées avant tout traitement, pour mettre en évidence les consommations d'héroïne (analyses ultra-rapides).

Le médecin responsable du programme fait les entretiens d'évaluations nécessaires avec une anamnèse exhaustive sur la consommation de substances, les traitements entrepris dans le passé et le statut du patient. Le programme préparatoire se déroule suivant certains critères :

1. Administration quotidienne du traitement par la méthadone dans la consultation (du lundi au vendredi, week-end : doses à emporter). On commence souvent par 20 mg ou 30 mg par jour, avec une augmentation progressive, par palier de 5 mg à 10 mg. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles sont introduites en 2 prises par jour en début du traitement.
2. Entretien régulier avec le psychiatre qui comprend un travail motivationnel, une élaboration du projet de soins par la suite et une évaluation de la comorbidité psychiatrique sous-jacente.
3. Suivi régulier par un infirmier référent, responsable du programme préparatoire dans l'équipe de soins.
4. Bilan somatique avec le médecin interniste : counseling, dépistage proposé pour HIV et hépatites, vaccinations.
5. Bilan social avec l'assistante sociale du service.
6. Selon besoin, entretiens avec la famille, ou de réseau, voire suivi psychothérapeutique.

Description de l'étude du programme préparatoire avec la méthadone

Objectifs de l'étude :

- 1 Décrire le profil des patients admis en programme préparatoire dans les 2 consultations ambulatoires de la division, entre octobre 2000 et octobre 2001.
- 2 Evaluer l'issue du traitement après un mois.
- 3 Etablir des facteurs prédictifs des drop-out.
- 4 Comparer ces données à une étude similaire réalisée auparavant (1999).

Pendant la période de l'étude, il y a eu 185 admissions (169 patients) au programme préparatoire, ce qui concernait plus de 80 % des nouvelles demandes de traitement dans les consultations. Cela montre la place importante que prend ce programme dans l'accueil des patients héroïnomanes.

Tableau descriptif de cette file active

Tableau I

72% hommes	
Moyennes d'âge 30 ans (17-47 ans)	
Nationalité suisse	65 %
Formation achevée	51 %
Revenu provenant de l'emploi	30 %
Logement personnel	58 %

23 % des patients n'avaient eu aucun suivi antérieur.

Tableau descriptif des consommations de substances au moment de la demande de soins

Tableau II

A l'admission :			
▸ Les patients consommaient en moyenne 3.8 substances (DS1.8), dont :			
- Héroïne	96 %	- Méthadone	46 %
- Cocaïne	61 %	- Benzodiazépines	42 %
- Cannabis	59 %	- Alcool	33 %
▸ Durée moyenne de consommation d'opiacés = 9 ans, de la cocaïne = 6 ans			
▸ Pas de suivi antérieur		23 %	
▸ Injections dans les 6 derniers mois		58 %	

Il est intéressant d'observer que 61 % des patients consomment également de la cocaïne car, en effet, depuis plusieurs années, l'usage de cette substance devient de plus en plus importante.

Résultats

Issue du traitement à un mois : sur 185 admissions après un mois

74 % sont retenus dans le réseau et orientés vers :

- Programme de maintenance à la méthadone 60 % (112), dont 83 % à la Division et 17 % chez médecin privé.
- Programme de prescription d'héroïne 2 % (3)
- Sevrage (amb./hosp.) 12 % (22)

26 % ne sont pas retenus en traitement (abandon) :

- Drop-out 20 % (38)
- Prison 4 % (7)
- Exclusion 1 % (2)
- Décédé 0,5 % (1)

Facteurs prédictifs d'abandon

Une régression logistique montre que les seuls facteurs qui prédisent un abandon du PP avant la fin du premier mois de traitement sont :

▸ L'utilisation de la cocaïne (p=002)

▸ Le fait d'avoir un emploi (p=0.001)

La consommation compulsive de cocaïne apparaît comme un facteur corrélé à l'abandon du traitement, et vient sans doute compliquer la prise en charge de la dépendance à l'héroïne.

En ce qui concerne le fait d'avoir un emploi, ce facteur peut s'expliquer dans l'exigence d'une présence quotidienne au centre de soins à des horaires fixes, pas toujours compatibles avec une activité

professionnelle. Ce point mène à réfléchir sur la nécessité de travailler avec les pharmaciens de ville pour ces cas particuliers.

Comparaison avec l'étude de 1998-1999

	1998-1999	2000-2001
Taux de rétention	84 %	74 %
Taux de drop-out	16 %	26 %
Orientation après 1 mois de P.P.	→ méthadone 66 %	60 %
	↘ sevrage 16 %	12 %
Orientation médecine privée (principalement fondation Phénix)	24 %	17 % (principalement médecine de ville)

Une baisse de la rétention de 10 %, par rapport à l'étude précédente, peut en partie s'expliquer par la prévalence plus importante de la consommation de cocaïne chez les patients qui abandonnent le programme préparatoire car, dans les années précédentes, cette consommation était beaucoup moins importante. D'autre part, il n'y a pas eu de changement particulier dans l'organisation du programme préparatoire ni un changement de règles ni de critères qui puissent expliquer cette différence à l'intérieur du P.P.

Par ailleurs, nous observons que l'orientation en traitement de méthadone vers la médecine privée s'est faite plus facilement vers des praticiens installés en ville, dans l'étude de 2000-2001. Il semble que la reconnaissance de la médecine de l'addiction, comme une nouvelle spécialité à part entière, et l'organisation des collègues installés à Genève dans les GPMA (Groupe des Praticiens de Médecine de l'Addiction) a sans doute favorisé ce phénomène d'un transfert de traitement plus accessible vers les praticiens installés, souvent des médecins généralistes ou internistes.

Conclusion

Le programme préparatoire est une porte d'entrée dans le réseau de soins pour des patients non suivis (25 %).

La plupart des nouvelles demandes de traitement dans la Division d'Abus de Substances sont orientées vers le programme préparatoire.

Dans ce groupe, la polytoxicomanie est fréquente, la situation socioprofessionnelle souvent précaire. La rétention en traitement, après un mois, est de 76 %, avec une tendance à la baisse entre 2000 et 2001 (probable influence de la cocaïne). Dans 2/3 des cas, les patients sont orientés vers un traitement de substitution, à moyen ou long terme. Cette orientation semble la plus réaliste en raison de leur situation psychique, somatique et sociale mais également de la difficulté à entreprendre un sevrage à court terme avec succès.

Le programme préparatoire permet de répondre de façon adaptée et souple à la demande initiale des patients avec dépendance aux opiacés. Toutefois, il semble important d'assouplir le cadre pour les patients qui travaillent.

Vu le profil de la population, il est important d'intégrer des stratégies thérapeutiques face à la cocaïne et aux autres substances psycho-actives. Le P.P. permet d'élargir la palette thérapeutique offerte aux personnes toxicodépendantes et d'offrir une bonne accessibilité au réseau de soins à Genève.

Ce travail résume la communication sur le programme préparatoire avec méthadone présenté lors de la conférence latine sur la réduction de risques, CLAT1, à Barcelone, les 14-15 et 16 novembre 2001, et la 5^{ème} journée de recherche Vaud-Genève du département de Psychiatrie des HUG, le 13 juin 2002 à Genève.

Cette étude a été faite avec la collaboration de Barbara Broers, Anne Chatton, Jérôme Selig et Corina Mititelu-Meiler.

Avec mes remerciements pour son appui et sa collaboration, à Marina Croquette Krokar, médecin chef de service a.i. de la Division abus de Substances.

Références :

Prises en charge ambulatoire des problèmes de dépendance, statistique du traitement ambulatoire, chapitre 5, substitution avec la méthadone, OFSP, ISPA, Neuchâtel 2001.

Rapport :

Les traitements avec prescription d'héroïne, septembre 2000, Berne, OFSP.

Revue :

SPECTRA, OFSP, Juillet 2002, N° 3, Berne

Adresse de l'auteur : Dr Nelson Feldman 1^{er} chef de clinique DAS
Consultation rue Verte, 2 rue Verte – 1205 Genève
E-mail : nelson.feldman@hcuge.ch



Commentaire de la rédaction du Flyer :

L'originalité de ce programme préparatoire est d'inclure d'emblée la délivrance de méthadone. Il ne s'agit plus d'opposer l'élaboration d'un projet de soin et un accès rapide au médicament de substitution, mais plutôt de les concilier dans un premier projet, à l'issue duquel le patient et l'institution se donneront la possibilité de définir le meilleur choix thérapeutique ultérieur.

Cet abord pragmatique permet probablement de dé-stigmatiser la méthadone, tant chez les usagers que dans les équipes soignantes. En effet, la place centrale donnée au médicament de substitution, dans la période notamment qui précède la première délivrance, où celui-ci est considéré comme l'objet et le remède, dont chaque moment à l'attendre le rend plus prépondérant encore, va souvent à l'encontre des 'principes' des équipes. Celles-ci, à juste titre, considèrent en effet que le médicament n'est qu'un outil permettant la mise en place d'une stratégie globale de soins. Quel est alors cet outil, que l'on va mettre plusieurs jours, voire plusieurs semaines à utiliser ? Est-il dangereux chez des patients pharmaco-dépendants aux opiacés (qui l'ont d'ailleurs souvent déjà expérimenté dans la rue) ? Le retour en arrière est-il impossible ?, et la question récurrente : Que prend le patient dans cette période d'attente et a priori de soins (ou d'élaboration d'un projet de soins) ? Est-il cohérent, à un moment où l'on élabore un projet de soins avec un patient, de l'inciter implicitement à s'injecter des opiacés illicites, ou des médicaments de substitution détournés de leur usage, avec les risques que l'on connaît, alors que l'on sait qu'on finira par lui délivrer la méthadone.

**Seuil d'accès au médicament de substitution ;
le 'programme provisoire' comme proposition de modalité d'accès**
*Le comité de rédaction du FLYER : Laurent MICHEL, Stéphane ROBINET,
Christine CALDERON, Mustapha BENSLIMANE, Béatrice CHERRIH,
Yves CAER, Pierre BODENEZ*

Introduction

La pratique des traitements de substitution a, dès son début, suscité une réflexion sur les pratiques de seuils. Les commentaires sur les premiers 'programmes de maintenance' à la méthadone évoquaient ces pratiques de seuil. Seuil d'exigence thérapeutique notamment. Qu'était-on en droit d'exiger des usagers de drogues à qui on allait 'distribuer' de la méthadone ? Une simple venue au centre et un contact se résumant à une remise du 'produit', ou allait-on exiger qu'ils suivent une psychothérapie, qu'ils rencontrent fréquemment l'éducateur et/ou l'assistante sociale, ou tout autre intervenant médico-psycho-socio-éducatif ?

Plus précisément en France, dès les années 90, quand on parlera de traitement de substitution, des pratiques de seuil, parfois volontaires et parfaitement réfléchies, d'autres fois complètement à l'insu de ceux qui les mettent en œuvre, vont s'élaborer. Le résultat sera qu'à partir d'une seule AMM (celle de la méthadone ou du Subutex®) et d'une série de circulaires, les conditions de mise en œuvre de la substitution, en ville comme dans les structures spécialisées, vont être extrêmement diversifiées, voire aux antipodes les unes des autres. Par ailleurs, il va se dégager l'idée largement défendue par une partie du champ spécialisé que la méthadone devait être 'haut seuil' et le Subutex® 'bas seuil', participant entre autres facteurs au déséquilibre de diffusion manifeste qui s'est établi entre les deux médicaments. Mais de quoi parle-t-on exactement ?

Le seuil d'accès au médicament

En fait, c'est plus du **seuil d'accès au médicament** qu'il va être question que du **seuil d'exigence thérapeutique**. Sur ce point, entre des médecins de ville qui prescrivent le médicament le jour-même, ou qui en diffèrent sa délivrance de quelques jours, et des centres qui peuvent aller jusqu'à plusieurs semaines avant d'initier le traitement de substitution, on peut effectivement parler d'opposition de style et surtout de pratiques de seuil diverses et variées. Même si aujourd'hui, quelques centres pratiquent un seuil d'accès immédiat au médicament¹, dans la plupart des cas, les centres de soins mettent en œuvre une stratégie d'« analyse de la demande », importée de la psychanalyse (entretiens préliminaires pour mesurer la 'consistance' de la demande), sans que l'on ait pu valider la pertinence de cette transposition². En effet, aucune étude n'établit que le fait d'attendre plusieurs semaines avant l'instauration du traitement de substitution puisse avoir une influence favorable sur le déroulement de celui-ci ni sur la qualité du suivi.

¹ C'est le cas notamment, des Bus MDM Paris et Marseille, mais aussi d'un certain nombre de centres de toutes 'origines' confondues (Le trait d'union Boulogne, Le centre Baudelaire Metz, Ste-Marguerite Marseille...).

² Seuils, analyse de la demande et pratique de sélection. J-P. JACQUES, Flyer 6, Déc. 2001 et dans ce numéro

A l'inverse, on peut imaginer que cette pratique d'analyse de demande devienne une pratique de sélection, parfois non désirée par les équipes, créant ce que l'on peut qualifier de biais de recrutement. En effet, ceux qui n'auront pas la patience, les ressources ou la 'présence d'esprit' d'attendre, ou ceux qui ne le peuvent pas pour des raisons psychiatriques seront exclus du système de soins spécialisés et n'auront comme recours que la médecine générale. Il sera dès lors 'un peu facile', de porter un regard ironique sur ces médecins qui accèdent aux 'désirs' immédiats des patients qui n'ont pas été sélectionnés dans l'institution.

Même dans le cas de patients suivis depuis longtemps par un médecin de ville, adressés 'entre confrères' pour, par exemple, un passage BHD vers méthadone, on reprendra, dans certaines structures, tout à zéro, ignorant le travail initié par le médecin. Quand il ne s'agit pas d'analyse de la demande, on s'essaye souvent à rechercher, tester ou développer la motivation, avec là aussi, le risque d'idées préconçues³. Par ailleurs, qui peut prévoir exactement ce qui va se passer dès que le patient aura son traitement ? Les constats cliniques regorgent d'expériences de transformations radicales dès les premiers jours chez des patients pour qui on n'en espérait pas tant, autant que de statu quo chez d'autres où on pensait avoir tout balisé.

Cette pratique de seuil d'accès, à l'échelle du pays⁴, et en tenant compte du fait que le médecin de ville ne peut prescrire que la buprénorphine, a évidemment eu un impact non négligeable sur la diffusion comparée des 2 médicaments. Il est fréquent d'incriminer les pouvoirs publics et leurs décisions dans le déséquilibre dans l'accès entre la méthadone et la buprénorphine. Certes, les AMM respectives des 2 médicaments et les circulaires⁵ qui ont accompagné leur mise sur le marché ont eu un impact non négligeable sur ce déséquilibre dans leur accès, puis dans leur diffusion. Mais elles n'ont eu en fait qu'un effet d'amplificateur sur une situation qui portait en elle le gène de ce déséquilibre. **D'un côté**, des médecins généralistes, dont l'acte de prescription reste essentiel dans leurs pratiques, allaient se voir confier la diffusion de la buprénorphine haut dosage. **De l'autre côté**, des centres de soins spécialisés qui, au début de l'histoire (1995), sont majoritairement composés de personnels qui ont été formés au principe même qu'un bon toxicomane devait être abstinent, devaient se charger de la diffusion de la méthadone, sans trop y croire.

Sans compter l'impact sur la population des usagers. Car pour justifier cette pratique de 'haut seuil' d'accès à la méthadone, les équipes la pratiquant mettent en avant le caractère 'grave' du 'produit', sa dangerosité, et le caractère irrémédiable de la mise sous traitement, comme une prison dont le 'détenu sous métha' aurait le plus grand mal à sortir. Tout ceci méritant bien qu'on y réfléchisse avant. On entend encore parfois ici et là des propos de type : « c'est bien que la méthadone soit le dernier recours » ou « après, il n'y a plus rien », tenus par des praticiens qui, par là-même, se placent dans la situation de l'ultime recours quand tout a échoué...(!). Evidemment, il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur ceux qui, de bonne foi et avec beaucoup d'énergie et de cœur, ont eu à accompagner et convaincre des patients (qui avant 1995 n'intéressaient finalement que peu de monde) que l'abstinence était le seul objectif thérapeutique à proposer. Leurs pratiques, expériences, formations les incitaient à être méfiants vis-à-vis du médicament de substitution 'méthadone', méfiance alimentée par l'écho de quelques expériences catastrophiques à l'étranger.

³ La motivation au changement dans le traitement des patients pharmaco-dépendants aux opiacés : Mythes et réalités. V. ROSSIGNOL, Flyer 14, Déc. 2003.

⁴ L'accès à la méthadone en France, bilan et recommandations, M-J AUGÉ-CAUMON, W. LOWENSTEIN, J-F BLOCH-LAINE, A. MOREL.

⁵ circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31/03/95 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.

On comprend ainsi aisément pourquoi dans l'esprit des praticiens, équipes soignantes, patients eux-mêmes, la méthadone soit devenue dans les faits un médicament de seconde intention, lorsque la buprénorphine a échoué. Il s'agit en effet plus d'une conséquence du gradient dans l'accès au médicament (on commence par ce qui est le plus facile à obtenir), que d'une stratégie basée sur des considérations cliniques validées. Il n'existe aucune étude clinique comparative permettant de définir pour les médecins initiateurs des traitements, des critères qui les amèneraient à choisir un médicament plutôt que l'autre (on peut citer toutefois l'étude du Dr Xavier LAQUEILLE ⁶). Par ailleurs, l'expérience internationale montre que la méthadone est plus souvent le médicament de première intention, quand elle n'est pas le seul disponible. Là, ce ne sont pas les pratiques de seuil qui l'ont déterminé, mais le contexte historique, souvent bien différent de ce qu'il a été en France.

Le programme préparatoire (provisoire) de la D.A.S.

A Genève, l'équipe de Nelson FELDMAN à la « Division d'Abus de Substances » a mis au point un programme préparatoire avec la méthadone⁷, ayant pour principe la mise sous traitement très rapide, dès lors que le diagnostic de pharmacodépendance aux opiacés est établi. Pendant un mois, la pertinence du traitement, l'analyse de la demande et de la motivation, l'adéquation du patient aux soins médico-psycho-sociaux, la recherche de ses besoins et de ses possibilités font l'objet de toute l'attention des soignants. La principale différence avec les 'admissions classiques', est que le patient est déjà en cours de traitement de substitution, et non pas dans l'attente de l'être. Cela évite l'écueil du patient avec lequel on élabore un projet de soins, et qui dans le même temps pratique un 'mésusage' d'opiacés (traitement de substitution acheté au marché noir ou 'prescrit' par des compagnons d'infortune, injectés ou sniffés, ou codéinés en vente libre, antalgiques détournés de leur usage, voire héroïne de rue).

A l'issue de cette période probatoire, le patient est orienté soit vers un sevrage, soit vers un médecin généraliste dans le cadre d'un relais, soit vers une autre institution spécialisée plus adaptée aux besoins-demandes du patient, soit encore inscrit dans le programme de 'maintenance' du centre. Cette modalité d'accès aux soins a fait l'objet de plusieurs évaluations présentées dans des congrès internationaux. Dans cette stratégie, il ne s'agit plus d'opposer l'accès au médicament et le seuil d'exigence thérapeutique demandé aux patients (mais aussi à l'équipe soignante). Il s'agit surtout d'éviter d'induire un biais de recrutement, qui entraîne la non-inclusion de patients qui ne veulent (peuvent) pas attendre plusieurs jours ou semaines avant d'avoir leur médicament de substitution, comme c'est souvent le cas.

Transposition dans le système français du programme provisoire

En premier lieu, il faut comparer l'offre de soins en France et en Suisse. Nos voisins ont choisi de saturer l'offre de 'places' méthadone pour en faciliter l'accès et réduire le temps entre le début de la consommation d'opiacés et la mise sous traitement de substitution. Cette saturation impose aux programmes méthadone d'être novateurs et attractifs pour accueillir de plus en plus tôt des usagers de drogue, dès les premiers avatars de leur dépendance. Si en France, il n'en est pas de même pour la méthadone, il n'en reste pas moins que l'offre en matière de médicament de substitution est large, de part la grande disponibilité de la

⁶ Facteurs prédictifs de la réponse à la buprénorphine en traitement substitutif des héroïnomanes. X. LAQUEILLE et al. La Presse Médicale. Nov 2001/30, n° 32.

⁷ Le programme préparatoire avec la méthadone. N. FELDMAN, Flyer 11, Janv. 2003

buprénorphine haut dosage, disponible en théorie dans toutes les villes et les villages, dès lors qu'un médecin généraliste et/ou un pharmacien s'y trouvent installés. D'autre part, la méthadone est aujourd'hui un médicament relativement disponible avec près de 18 000 patients traités dont plus de 10 000 en ville. Malgré les propos récurrents sur le déséquilibre méthadone/buprénorphine, ils sont moins vrais aujourd'hui qu'ils ne l'ont été, alors qu'on ne comptait que 4 à 5 000 patients traités en 1998. La circulaire de Janvier 2002 élargissant la primo-prescription de méthadone aux médecins exerçant en établissement de santé⁸, et surtout la pratique croissante de relais vers la ville de patients 'initiés' à la méthadone en CCST ont largement contribué à faire de la méthadone une modalité de traitement plus accessible qu'elle a pu être il y a quelques années seulement⁹. Par ailleurs, la codéine est toujours disponible dans les officines, et il n'étonne plus personne que des flacons de méthadone ou des comprimés de buprénorphine soient disponibles au marché noir, et donc accessibles à des usagers de drogues qui ne fréquentent pas les professionnels de santé.

On peut donc se risquer à dire que les possibilités de substitution opiacée sont nombreuses en France, et que l'offre de substances pour y parvenir est variée.

Quel serait alors l'intérêt d'ouvrir en France, des programmes 'provisoires' d'accès au traitement de substitution ?

1. Diminuer le temps entre le début de la dépendance aux opiacées et l'accès au traitement de substitution

C'est un des paris à gagner quand il s'agit de la prise en charge des patients pharmaco-dépendants, quelle que soit la substance incriminée. Faire en sorte que les patients accèdent le plus tôt possible à la palette de soins médico-psycho-sociaux, avant que cette dépendance ne se traduise par trop de conséquences néfastes pour la santé des individus, et de la communauté : pathologies virales, marginalisation, état de santé physique et mentale. Il va sans dire que les modalités thérapeutiques nombreuses et variées favorisent l'accès au soin. Si globalement tout le monde est d'accord avec cela, l'unanimité n'existe pas sur les moyens pour y parvenir.

En Suisse, l'offre de places 'héroïne' injectable est une proposition pragmatique pour faire venir dans le système de soins, ceux qui n'y viennent pas pour la méthadone ou en échec avec cette dernière. Elle pourrait se révéler tout aussi utile en France pour ceux qui ne viennent ni à la méthadone, ni à la buprénorphine. Question : faut-il passer d'abord par une offre de places 'méthadone' plus généreuse que celle aujourd'hui proposée et voir alors quels sont ceux qui relèvent d'une autre alternative, ou proposer d'emblée à certains patients l'héroïne médicalisée comme une modalité d'entrée dans le soin ? Faute de débat d'experts, nul n'a de vraies réponses sur le sujet, tout juste quelques avis documentés par des pratiques 'étrangères'.

En attendant, l'accès plus large et plus rapide à la méthadone dans le cadre de programmes provisoires géographiquement disséminés, pourrait permettre de répondre à cet objectif : un accès au soin plus précoce, pour un plus grand nombre d'usagers de drogue dépendants aux opiacés.

⁸ Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 Janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone pour les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

⁹ En début 2000, 8 000 patients recevaient un traitement par la méthadone, dont 2 000 en ville

2. Donner (re-donner) aux pôles référents (centres de soins spécialisés et équipes hospitalières spécialisées en addictologie) une place centrale dans l'accueil, la mise en place du traitement et des modalités de prise en charge les mieux adaptées aux besoins et possibilités des patients, et leur orientation vers les autres acteurs

Ce qui, en fait, est l'essence même d'un service spécialisé, à l'instar de ce qui se fait dans la prise en charge d'autres pathologies : choix du traitement le mieux adapté, utilisation de ressources disponibles alors qu'elles ne le sont pas chez le médecin généraliste. Il peut s'agir par exemple de ressources humaines : psychologues, éducateurs, assistantes sociales, psychiatres ... Il peut s'agir de modalités pharmacologiques, elles aussi non disponibles en ville, comme c'est le cas pour la méthadone.

Les médecins généralistes souhaitent-ils à tout prix obtenir la primo-prescription de méthadone ? Pas forcément. Tout au moins, ils désirent que certains de leurs patients en échec puissent en bénéficier.

Dans certains bassins de population, on peut noter une relative concurrence de points de vue entre CSST et réseaux de médecins de ville. Les programmes provisoires, vers lesquels les médecins de ville pourraient envoyer leurs patients demandeurs d'autres solutions, avec la perspective d'être en relais à l'issue du mois que dure ce programme, pourraient permettre de positionner (ou re-positionner) les CSST ou services spécialisés comme pôle ressource et pôle référent, ce qu'ils ne sont pas toujours.

3. Limiter quand elle a lieu, la durée de mésusage du traitement de substitution, notamment la pérennisation de l'injection des comprimés, et les conséquences préjudiciables de ce mésusage

Discrédit du traitement et du thérapeute, conséquences somatiques et virales, maintien dans une logique d'échec. L'accessibilité faible à une stratégie médicamenteuse alternative est à regretter dans certaines situations difficiles. Le manque d'accès au médicament 'méthadone' à des patients qui visiblement en ont besoin, ne profite à personne, si ceux-ci sont dans des pratiques d'injection chronique et/ou compulsive de leur traitement de substitution.

Les patients eux-mêmes en subissent les conséquences (séroconversion au VIH ou au VHC, abcès et conséquences morbides des lésions veineuses), ou absence de résultats du traitement sur les critères habituellement retenus (médico-psycho-sociaux).

Les professionnels de santé ne bénéficient pas plus de ces situations qui les épuisent, et leur font perdre confiance dans l'efficacité même partielle du traitement. Là encore, des programmes provisoires, ayant pour but de définir pour chacun le meilleur traitement et les modalités optimales qui l'accompagnent, pourraient contribuer à une efficacité globale améliorée des traitements de substitution dans leur ensemble.

Quelles pourraient en être les modalités, adaptées aux spécificités du système actuel français ?

1. Choix du médicament pendant le premier mois de traitement

Il devrait dépendre des besoins du patient, ainsi que de son attente. La position du médecin en ville devrait être prise en compte. Pense-t-il que son patient doit profiter d'un passage d'une modalité pharmacologique à une autre, ou garder le même traitement en faisant l'objet d'une redéfinition du protocole thérapeutique ? L'équipe médicale du service spécialisé pourrait-elle aussi, en fonction de son expérience, orienter le choix du médicament, sur la base de ce qu'elle appréhende en terme de 'profils répondeurs' à l'un ou l'autre des médicaments de substitution. Pour ceux qui n'ont pas de médicament de substitution, là-aussi, en fonction des profils répondeurs 'suspectés', le choix doit exister entre méthadone ou buprénorphine pendant le premier mois de traitement. A l'issue du mois initial, l'équipe soignante et les patients pourraient s'orienter vers l'un des deux médicaments. Pour exemples, plusieurs cas de figures pourraient se présenter :

Exemple 1 : le patient pratique le détournement par voie IV de la buprénorphine. L'équipe soignante considère qu'il faut réapprendre la prise sublinguale, et accompagner le patient dans une délivrance quotidienne contrôlée. On sait, que pour certains patients qui 'avalent' le comprimé avec ce que cela entraîne en terme de perte d'efficacité, cette redécouverte d'une prise sublinguale efficace peut s'avérer utile. Dans ce cas, le médicament prescrit sera la buprénorphine.

Exemple 2 : le patient pratique le détournement par voie IV de la buprénorphine. L'équipe considère cette fois que la mise sous méthadone est plus appropriée, car elle pense que le patient relève d'un opiacé avec un profil pharmacodynamique différent. Pour certains, c'est une réponse adaptée à l'injection de buprénorphine ; le choix se portera alors sur la méthadone.

Exemples 3 et 4 : le patient est traité par méthadone depuis plusieurs mois ou années, et présente un effet indésirable mal supporté (hypersudation par exemple). Un passage à la buprénorphine est envisagé, qui sera alors le médicament choisi le premier mois. A l'inverse il peut s'agir d'intolérance à la buprénorphine, qui là aussi nécessite un changement de traitement, et dans ce cas, la méthadone sera le médicament du premier mois.

Exemple 5 : le patient est traité par buprénorphine et la réponse clinique est insuffisante sur les critères habituellement retenus (consommations, situation socio-professionnelle, etc...). Un changement de traitement est alors proposé.

2. Choix des modalités de traitement à l'issue du programme préparatoire

En premier lieu, à l'issue de la période d'observation d'1 mois de traitement par méthadone ou buprénorphine, l'évaluation clinique pourrait aboutir à une décision de sevrage, en accord avec le patient.

Pour les autres, ceux pour qui le traitement de substitution est une modalité de traitement adapté et souhaité, plusieurs options se présenteront :

- maintien du médicament choisi initialement, car opérant
- changement du médicament choisi pour la phase initiale d' 1 mois, avec par exemple retour au médicament antérieur, car le changement n'a pas été efficace.

Et :

- maintien du patient dans le programme de maintenance du centre, avec soit délivrance au centre, soit dans une pharmacie d'officine
- relais vers le médecin de ville, qui a adressé le patient au programme provisoire, ou vers un médecin choisi par le patient, et délivrance en pharmacie
- relais vers un autre centre aux conditions de suivi plus adapté au patient (pas toujours possible en dehors des grandes agglomérations), ou vers un service hospitalier à orientation 'addictologie'
- nouvelle période d'un mois, si elle est jugée nécessaire par l'équipe, voire par le patient lui-même

Discussion et objections

On perçoit aisément l'intérêt de diffuser une pratique de 'Programme Provisoire' comme celle utilisée à Genève à la 'Division d'Abus de Substances'. Un grand nombre d'usagers de drogues hésite à recourir au système de soins actuel, en raison des difficultés d'accès au traitement et des contraintes liées à la prise en charge. L'idée que l'on puisse essayer un traitement pendant un mois, et dans le même temps savoir si les modalités d'accompagnement de ce traitement sont en adéquation avec ses besoins et surtout ses possibilités, contribuerait probablement à faire entrer plus d'usagers dans le système de soins qui leur est destiné. Cette période probatoire d'1 mois aurait plus encore d'intérêt pour de nombreux médecins, notamment en ville, qui se demandent si pour leurs patients, un changement de modalités de traitement serait pertinent et efficace. Le patient doit pouvoir lui-aussi se prononcer à l'issue de cette période sur sa décision de continuer ou pas cette nouvelle modalité.

Pour les patients dépendants aux opiacés, leurs niveaux de dépendance et de tolérance, ne seraient pas modifiés par un traitement à l'essai d'une durée d'1 mois, et le cas échéant, le sevrage n'en serait pas plus compliqué ni plus difficile.

De façon similaire, dans la prise en charge de la douleur, on n'hésite pas à passer de la codéine à la morphine (certes sur une règle consensuelle des paliers de l'OMS), lorsque la réponse clinique est insuffisante, voir à revenir à la codéine lorsque la douleur régresse. On utilise aussi la stratégie dite de rotation des opioïdes, consistant à changer de molécule, tout autant pour diminuer les phénomènes de tolérance que pour trouver le médicament avec le rapport efficacité/tolérance le meilleur possible. Par ailleurs, hésite-t-on à changer

l'hypotenseur d'un patient dont les chiffres tensionnels baissent trop ou trop peu, ou en cas d'effets secondaires ? La pratique du test thérapeutique est une pratique courante, et tester un opiacé fut-il fort chez un 'dépendant' à ces substances, ne présente aucun risque, si on respecte les règles consensuelles de prescription.

Quel est l'inconvénient à inscrire dans la trajectoire de patients dépendants aux opiacés, une période d'un mois au cours de laquelle, sans trop poser de condition d'accès, on évalue l'adéquation mutuelle du patient au médicament et du médicament au patient dans le cadre de la structure de soins à laquelle il s'adresse ? S'agit-il d'un échec, si à l'issue de cette période, les patients n'adhèrent pas à la suite suggérée par cet essai ? Aujourd'hui, un grand nombre d'usagers sous-estiment leur capacité à s'adapter aux conditions des centres, faute d'avoir tenté la démarche. Dans le même temps, certaines équipes sur-estiment probablement la capacité de certains usagers à s'adapter à leurs 'seuils', et ce faisant, se privent d'un recrutement potentiel de patients en situation théorique de demande de soins.

Dans le cadre d'admissions classiques avec des délais longs, n'est-il pas contre-productif, à un moment où on élabore un projet de soins avec un patient dépendant aux opiacés, en lui refusant l'accès rapide au médicament de substitution, de le laisser soit dans un mésusage persistant de son médicament de substitution, soit dans un recours au marché noir d'opiacés illicites ou de médicament détournés ?

Par ailleurs, il est certainement aussi difficile d'annoncer à un candidat à l'entrée d'un programme de substitution, après analyse de sa demande et de sa motivation, qu'il n'est pas retenu dans le protocole de soins,...., que de lui expliquer au bout d'un mois en 'situation réelle' de soins, que le cadre et le médicament qu'il est venu chercher ne sont pas adaptés à sa demande ou peu compatibles avec sa situation médico-psycho-sociale.

Et enfin, il n'est certainement pas plus chronophage de pratiquer ces programmes préparatoires, où l'élaboration du projet de soins et l'analyse de la pertinence de la demande se font alors que le patient est correctement substitué, que de mobiliser des équipes sur cela, comme préalable à la mise sous traitement de substitution. Dans le second cas, cela se fera parfois dans une atmosphère plus tendue et avec des patients en état de manque plus ou moins bien contrôlé par une auto-substitution.

Utilisé à l'échelle d'un pays, il pourrait contribuer à dé-stigmatiser les médicaments de substitution, et plus encore le dispositif spécialisé. Car si on évoque régulièrement la stigmatisation des 'toxicomanes' par le grand public, on peut tout autant parler de la stigmatisation de ce dispositif spécialisé par ceux à qui il est destiné.

Ce programme préparatoire nous paraît tout autant approprié à ceux qui, notamment dans le cadre de co-morbidités psychiatriques, sont peu enclins à formuler une demande élaborée, qu'à ceux qui, insérés et sans conséquences morbides sévères de leur toxicomanie, ne s'inscrivent pas forcément dans la logique de maintenance à long terme des équipes des centres. Pour ces derniers, souvent suivis pas des médecins en ville, le programme provisoire permettrait de tester une autre modalité de suivi, avant de retourner auprès des praticiens habituels.

Vers une perspective de réduction des méfaits : Relais-méthadone, un programme novateur

*Michel PERREAULT, Pierre LAUZON, Radegonde NDEJURU,
Isabelle TREMBLAY, Céline MERCIER, Montréal, Québec, CANADA*

Au cours des dernières années, l'héroïne est devenue une drogue de plus en plus populaire au Québec. Cet accroissement du nombre de consommateurs d'héroïne est principalement dû à l'accessibilité de la drogue, de même qu'à son coût relativement peu élevé (Schneeberger, 1999). En 1997, on dénombrait entre 3 000 et 6 000 héroïnomanes à Montréal (Remis et al. , 1998). Par conséquent, la dépendance à l'héroïne constitue un important problème de santé publique. En effet, puisque cette drogue est principalement consommée par voie intraveineuse, elle représente un risque considérable quant à la transmission du VIH (Bruneau et al. , 1997). Aux États-Unis par exemple, 20 % des cas de sida rapportés seraient directement reliés au partage de seringues, alors que ce même pourcentage pourrait atteindre 60% dans certaines régions européennes (Riley, 1994). Non seulement l'utilisation de matériel d'injection contaminé est à l'origine de la propagation du VIH et des autres maladies infectieuses, mais la prostitution, pratiquée par une bonne proportion des consommateurs de drogue injectable, expose également cette population à des facteurs de risques additionnels (Lauzon, 1996).

La méthadone est un médicament de substitution qui élimine les symptômes relatifs au sevrage de l'héroïne. Par conséquent, il s'agit d'une substance couramment utilisée dans le traitement des héroïnomanes (Lauzon, 1996). Son efficacité est d'ailleurs reconnue à plusieurs niveaux. Il est admis depuis plusieurs années que les traitements impliquant la méthadone diminuent la consommation d'héroïne, réduisent les comportements à risque pour la transmission du VIH et favorisent la réintégration sociale (Perreault, Lauzon, Mercier, Rousseau et Gagnon, 2001). Malgré les bénéfices potentiellement engendrés par un tel traitement, les programmes de maintien à la méthadone demeurent difficilement accessibles à Montréal. Effectivement, en 1997, moins de 10% des héroïnomanes avaient accès à ce type de programme en raison du financement insuffisant du système de traitement et du nombre limité de médecins en mesure d'effectuer un suivi auprès de cette clientèle (Schneeberger, 1999). Étant donné le nombre de places restreint et le niveau d'organisation de vie requis pour obtenir un rendez-vous d'évaluation, ce sont les consommateurs les plus désorganisés qui sont les moins susceptibles d'avoir accès aux traitements à la méthadone.

C'est afin de répondre à ce besoin que Relais-Méthadone a été mis sur pied pour desservir la clientèle la plus marginalisée. Il s'agit du premier programme de méthadone à bas-seuil d'accès, aussi appelé programme à exigences peu élevées, à être implanté au Canada. Le projet, qui a accueilli ses premiers clients en Novembre 1999, est basé sur une perspective de réduction des méfaits. Ainsi, les objectifs poursuivis sont davantage axés sur la diminution des comportements à risque pour la santé, que sur l'abstinence de substances psychoactives. Il s'agit d'une approche novatrice et qui constitue un moyen efficace pour rejoindre une clientèle désorganisée, difficilement accessible.

Description du programme

Relais-Méthadone vise à améliorer l'état de santé bio-psycho-social des personnes dépendantes de l'héroïne qui ne sont pas rejointes par les programmes conventionnels de méthadone en raison de leurs conditions de vie précaires ou encore parce qu'elles ne sont pas prêtes à interrompre complètement leur consommation de drogue. Ainsi, c'est par un cadre peu exigeant que ce programme tente d'attirer et de retenir en traitement une clientèle désorganisée. L'objectif central du programme est de diminuer l'incidence des comportements à risque pour la transmission du VIH et des autres maladies infectieuses auxquelles ces utilisateurs de drogue injectable sont exposés. Plus spécifiquement, Relais-Méthadone se donne comme mandat de faciliter l'accès à la méthadone et aux soins de santé de première ligne, de proposer un suivi bio-psycho-social à la clientèle et de réduire les problèmes sociaux associés à l'usage de drogue en favorisant l'intégration sociale des personnes toxicomanes.

Pour être admis à Relais-Méthadone, les clients doivent être âgés de 14 ans et plus et être dépendants des opiacés depuis au moins un an. De plus, étant donné qu'il s'agit d'un programme à bas-seuil d'accès, il ne s'adresse qu'aux personnes qui présentent des conditions de vie précaires quant au logement, aux revenus ou à la situation légale. Afin de faciliter l'accessibilité géographique à ses services, Relais-Méthadone, qui opère à partir d'un site fixe, s'est installé au centre-ville de Montréal, dans le milieu de vie immédiat des consommateurs de drogue injectable marginalisés. Ses heures d'ouverture sont de midi à 18h00. L'équipe d'intervenants de Relais-Méthadone se compose d'une préposée à l'accueil, de deux infirmiers, d'une intervenante psychosociale, d'un travailleur de milieu et de quatre médecins, assurant chacun une demi-journée par semaine de consultation sans rendez-vous.

Le recrutement de la clientèle est effectué par le travailleur de milieu, de même que par la référence d'autres organismes ou directement du milieu. Le premier contact se fait par téléphone et implique une pré-évaluation d'une durée de 8 à 10 minutes qui a pour but de vérifier l'admissibilité du client au programme. C'est suite à cet appel que le client, s'il remplit les critères d'admission, est référé pour une rencontre d'évaluation avec le personnel infirmier de Relais-Méthadone. Cette entrevue initiale sert à présenter le fonctionnement des services au client, tout en rassemblant des informations détaillées concernant notamment sa consommation de drogue, son état de santé, de même que ses conditions de vie. À l'issue de cette évaluation, si le client est toujours considéré éligible au programme, il est référé au médecin. Outre l'établissement du dosage de la prescription de méthadone, l'évaluation médicale comprend un bilan de santé global et la référence pour des soins spécialisés au besoin.

En ce qui a trait au suivi de la clientèle, il est réalisé à quatre niveaux. Au plan médical, le suivi est d'abord effectué de manière hebdomadaire pendant le premier mois et devient plus espacé par la suite. Ainsi, le dosage de méthadone est ajusté graduellement en fonction des besoins du client. Des soins de santé divers sont également fournis selon les problématiques. Au plan du nursing, en plus des soins courants, les services offerts sont principalement orientés vers la promotion de la santé et la diminution des comportements à risque. Quant au suivi psychosocial, il est offert sur une base volontaire et touche spécifiquement l'amélioration des conditions de vie. Enfin, un suivi est réalisé dans le milieu de vie de la personne par l'intervention informelle du travailleur de milieu. En plus d'avoir accès à ces services, le client peut se procurer des condoms et des seringues lors de ses visites de suivi.

La dispensation de la méthadone, quant à elle, se fait par l'intermédiaire d'un réseau de pharmaciens communautaires participants. Les clients doivent se présenter à la pharmacie de leur choix sur une base quotidienne pour y recevoir leur dose de méthadone. Ils ne peuvent pas, à moins de circonstances particulières, apporter leurs doses avec eux. Lorsqu'une personne omet de se présenter à la pharmacie pendant trois journées consécutives, le pharmacien peut contacter Relais-Méthadone et dans ces circonstances, le client doit revoir le médecin pour un réajustement de sa dose de méthadone. Si le client ne vient pas à la pharmacie pendant toute une semaine, il est considéré comme ayant interrompu le traitement, mais pourra demander d'être réadmis au programme à tout moment et sans délai.

La clientèle de Relais-Méthadone

Au cours de la première année d'opération, c'est-à-dire entre le 8 novembre 1999 et le 31 octobre 2000, 226 personnes ont adressé une demande de traitement à Relais-Méthadone (Rousseau, Perreault, Mercier & Morency, 2001). Parmi celles-ci, 160 (plus de 70 %) ont été retenues en fonction des critères d'admission établis et ont été référées à l'évaluation initiale. Le temps d'attente entre la demande de traitement et la première rencontre avec un intervenant a été de 11,6 jours en moyenne. Suite à cette première rencontre, 98 % des personnes ont pu débiter le traitement à la méthadone la journée même. Parmi les personnes admises, la moyenne d'âge se situe à 27 ans. Les hommes constituent 53 % des clients qui ont débuté un traitement lors de cette première année. Le taux de rétention du programme pour les 30 premiers jours s'élève à 88 %.

Parmi les clients admis à Relais-Méthadone, 97 % ont affirmé avoir consommé de l'héroïne dans les trente jours précédant la demande de traitement. Quant à la fréquence de cette consommation, 78 % d'entre eux font usage d'héroïne sur une base quotidienne. En ne considérant que les femmes, ce pourcentage s'élève à 86 %. Le mode d'administration par voie intraveineuse est privilégié par 94% des clients. Plus précisément il concerne 100 % des femmes et 92 % des hommes. La durée moyenne de consommation des clients, quant à elle, se situe autour de 6 ans, alors que la dose quotidienne moyenne est de 2,5 points (1 point égale 1/10 de gr. d'héroïne de rue) d'héroïne. En ce qui a trait à la consommation de cocaïne, elle touche près de la moitié (49 %) des personnes admises et elle est administrée par voie intraveineuse dans l'ensemble des cas (100 %). L'utilisation de plus d'un type de drogues est rapportée par la majorité de la clientèle, soit 81%. Enfin, 92 % des clients disent avoir déjà tenté de suivre un ou plusieurs traitements dans le but d'interrompre leur consommation de drogue avant d'entreprendre le programme de Relais-Méthadone.

Pour ce qui est de la précarité des conditions de vie, elle peut être établie selon trois perspectives. Tout d'abord, au niveau du logement, bien que l'appartement ou la maison soit le principal lieu pour dormir de 50 % de la clientèle, 25 % des personnes admises disent avoir dormi dehors, en prison ou dans un refuge dans les six mois précédant leur demande de traitement. En second lieu, près des deux tiers des clients admis (67 %) ont tiré des revenus de l'aide sociale, 31 % du travail du sexe et 30 % de la quête. Le travail du sexe est pratiqué par presque la moitié des femmes (44 %). Le trafic de drogue, de même que les activités de « squeegee » constituent des sources de revenus pour respectivement 25 et 24 % des clients admis à Relais-Méthadone. Enfin, en ce qui a trait à la précarité des conditions de vie au plan légal, 57 % des personnes ayant débuté un traitement affirment avoir des problèmes avec la justice. Chez les hommes, cette proportion atteint 70 %, alors que chez les femmes, des problèmes légaux sont rapportés dans 42 % des cas. À ce sujet, 27 % de la clientèle aurait un mandat d'arrêt émis contre elle et 18 % aurait été incarcérée au cours des 30 jours précédant la demande de traitement.

Les comportements à risque de la clientèle quant à la transmission du VIH et des autres infections peuvent être divisés en deux catégories : les comportements reliés à l'injection et les comportements relatifs aux activités sexuelles. En ce qui a trait à l'injection de drogue, 39 % des clients admis ont affirmé avoir utilisé des seringues usagées dans les 30 derniers jours. La majorité de ceux-ci, c'est-à-dire 49 %, ont emprunté ces seringues de leur partenaire sexuel régulier ou encore d'un ami, proche ou membre de la famille (40 %). En ce qui a trait à l'utilisation de matériel d'injection usagé, 23 % des clients admis ont avoué s'y être livré. Pour ce qui est des comportements sexuels à risque, peu de clients utilisent le condom à chaque rapport sexuel avec un partenaire régulier (27 %). Ce pourcentage s'élève à 65 % pour ceux qui ont eu des relations sexuelles dans le contexte du travail du sexe. Il n'en demeure pas moins que 14 % des clients admis qui s'adonnent au travail du sexe n'utilisent jamais de préservatifs. Chez les hommes qui pratiquent le travail du sexe, ce pourcentage est de 65 %.

Suivi de la clientèle

Des données de suivi ont été recueillies auprès de 58 des 160 clients admis à Relais-Méthadone au cours de la première année d'opération (Rousseau et al. , 2001). Ce suivi s'est déroulé 6 mois après le début du traitement et permet de documenter la consommation de drogue, les conditions de vie, de même que les comportements à risque de la clientèle. Ces données, puisqu'elles ont été recueillies auprès d'un échantillon de convenance, présentent une validité limitée. Cependant, elles offrent un aperçu intéressant des effets du traitement auprès de la clientèle.

Tout d'abord, plus du quart (29,1 %) des répondants au suivi admettent avoir consommé de l'héroïne dans les 30 jours précédant l'entrevue. La dose moyenne d'héroïne consommée se situe à 1,3 points et le nombre moyen de jours d'utilisation est de 8,8. Pour ce qui est de la cocaïne, son usage est rapporté par 41,8 % de la clientèle interrogée, alors que la consommation de cannabis concerne 54,5 % des usagers ayant répondu à l'évaluation de suivi. Parmi les clients questionnés, 13,8 %, soit 8 personnes, ont affirmé n'avoir consommé aucune substance psychoactive au cours du mois précédant le suivi.

En ce qui a trait aux conditions de vie, 70,7 % des clients interrogés affirment avoir dormi principalement dans un appartement ou dans une maison au cours des 6 mois qui ont précédé le suivi. Toutefois, pour 3,4 % des répondants, la rue constitue le principal lieu pour dormir, alors que la prison concerne 8,6 % de la clientèle. L'aide sociale représente la source de revenus la plus souvent rapportée par les clients (83,9 %), suivie du travail du sexe (33,9 %) et du travail occasionnel (23,2 %). Finalement, au point de vue des conditions légales, plus du quart (26,9 %) de la clientèle interrogée soutient qu'un mandat d'arrêt est émis contre elle et 29,1 % est présentement en instance de jugement ou de sentence.

Enfin, au niveau des comportements à risque pour la transmission du VIH qui sont reliés à l'injection, 35,6 % des répondants disent ne pas s'être injecté de drogue dans le mois précédant l'entrevue de suivi. Pour ce qui est de l'usage de seringues usagées, on le retrouve chez 21,1 % de la clientèle au cours du dernier mois. Quant aux relations sexuelles à risque, 39 % des personnes interrogées ont eu au moins un partenaire pour le travail du sexe au cours des 6 mois précédant le suivi. Parmi celles-ci, 87,5 % rapportent avoir utilisé le condom à chaque fois, c'est-à-dire 50 % des hommes et 92,9 % des femmes. Avec leur partenaire sexuel régulier, 69,2 % des répondants n'ont jamais utilisé de condoms.

Perspective des usagers

En vue de connaître la perception des usagers à l'égard du programme offert par Relais-Méthadone, trois groupes de discussion ont été organisés entre Décembre 2000 et Juin 2001, au cours desquels 16 clients ont été consultés (Bordeleau, Perreault & Mercier, 2002). Les commentaires recueillis se regroupent autour de trois thèmes centraux : a) Les différences entre Relais-Méthadone et les autres programmes, b) L'utilisation et l'appréciation des services de Relais-Méthadone, et c) L'évolution de la clientèle en cours de traitement.

a) Les différences entre Relais- Méthadone et les autres programmes

Une grande majorité des clients présents au sein du groupe de discussion ont affirmé avoir déjà participé à d'autres programmes en toxicomanie avant de s'engager dans celui de Relais-Méthadone. Pour chacun d'entre eux, les tentatives passées en vue de contrôler leur consommation de drogue se sont révélées inefficaces. Parmi les facteurs expliquant l'échec des traitements antérieurs, les clients soulignent que les exigences trop élevées quant à l'abstinence, l'attitude peu chaleureuse des intervenants, le manque de flexibilité des programmes, les doses de méthadone parfois insuffisantes, ainsi que les méthodes de confrontation employées par certains intervenants les ont incité à abandonner le traitement ou ont fait en sorte qu'ils en ont été expulsés. De plus, les longues listes d'attente et les critères d'admissibilité particulièrement stricts contribuent à décourager la clientèle qui désire entreprendre de tels traitements.

Contrairement aux programmes réguliers, Relais-Méthadone offre une approche plus personnalisée et mieux adaptée aux besoins individuels. Ainsi, les usagers ne ressentent pas de pression pour effectuer un sevrage ou pour cesser la consommation de drogue. Les clients se sentent donc respectés, même s'ils continuent à consommer. La dose de méthadone est également ajustée en fonction des besoins individuels. De plus, Relais-Méthadone leur offre un environnement accueillant en plus de tous les bénéfices associés à un traitement sur une base externe. Enfin, les usagers consultés soulignent que l'absence de liste d'attente et que la possibilité d'interrompre le traitement momentanément sans perdre sa place constituent des avantages qui distinguent Relais-Méthadone des autres programmes.

b) L'utilisation et l'appréciation des services de Relais- Méthadone

La majorité des clients ayant participé aux groupes de discussion indiquent qu'ils ont connu l'existence du programme par le travailleur de milieu. La bonne réputation de Relais-Méthadone, de même que ses nombreux avantages par rapport aux programmes conventionnels les ont incité à formuler une demande de traitement. Puisqu'ils peuvent se présenter sans rendez-vous, les services leur sont facilement accessibles. De façon générale, l'horaire du programme est également bien apprécié par la clientèle. Quant à l'emplacement de la ressource, certains clients affirment que sa situation, en plein cœur du milieu de consommation, leur paraît inadéquate en fonction des objectifs du programme. D'autres soutiennent néanmoins que les avantages reliés à sa facilité d'accès surpassent les inconvénients engendrés par sa situation au centre de la zone de consommation de drogue. Pour ce qui est de la distribution de la méthadone, il apparaît que les pharmaciens qui y participent sont généralement attentionnés à l'égard de la clientèle. Toutefois, on reproche à certaines pharmacies leurs heures d'ouverture trop restreintes, un service lent ou que des membres de leur personnel se montrent peu sympathiques.

Les clients consultés affirment apprécier leurs visites à Relais-Méthadone, puisqu'ils y retrouvent tous les services dont ils ont besoin sous un même toit. En ce qui a trait aux services médicaux, ils sont utilisés par l'ensemble de la clientèle. Selon les participants aux

groupes de discussion, les médecins sont réceptifs et s'intéressent vraiment à eux. Pour ce qui est des services psychosociaux, les clients apprécient que l'aide leur soit offerte en fonction de leurs besoins, sans même qu'ils aient à la demander et que celle-ci ne soit pas obligatoire dans le programme, ce qui leur permet de décider d'y recourir ou non. Finalement, quant aux services reliés à la prévention des comportements à risque pour la transmission du VIH, les usagers consultés admettent avoir déjà profité des seringues et des condoms disponibles à Relais-Méthadone. Ils sont rassurés par l'existence de ce service et parce qu'ils ne sont pas jugés lorsqu'ils désirent s'approvisionner. Les clients qui participent au programme de Relais-Méthadone valorisent le fait que les exigences soient peu élevées. En effet, la possibilité de pouvoir continuer à consommer de la drogue et de pouvoir réintégrer le programme facilement suite à un abandon sont perçues de manière très favorable par la clientèle. L'approche personnalisée des intervenants fait également en sorte que les usagers demeurent en traitement. Certains aspects du programme sont toutefois moins appréciés par les clients. Le plus important d'entre eux est que toutes les doses de méthadone doivent être prise de façon observée à la pharmacie. Les usagers doivent donc se présenter chaque jour à la pharmacie, ce qui constitue une source d'insatisfaction majeure.

c) L'évolution de la clientèle en cours de traitement

Les impacts du programme de Relais-Méthadone se font ressentir à plusieurs égards. L'ensemble des clients consultés soutiennent qu'ils ont réduit ou cessé leur consommation d'héroïne et de cocaïne. De même, ils prétendent avoir amélioré leur estime personnelle et retrouvé le goût de vivre. Certains usagers admettent que leur participation au programme leur a permis de se livrer à d'autres activités que la recherche d'argent pour se payer de la drogue. Ainsi, ils ont le sentiment d'avoir adopté un mode de vie plus sain.

En cours de route, certains clients interrompent leur traitement à Relais-Méthadone et le reprennent par la suite. Quant aux facteurs relatifs à ces abandons, les usagers consultés affirment qu'ils sont de nature personnelle et sont peu reliés au programme de Relais-Méthadone. Ainsi, une envie irrésistible de consommer conduisant vers la rechute, l'incarcération, le manque de motivation ou une maturité insuffisante sont des motifs évoqués pour justifier l'arrêt du traitement. Le retour, quant à lui, est provoqué, selon les dires des clients, par le désir de contrôler à nouveau sa consommation de drogue, de même que par les problèmes de santé associés à cette consommation.

Conclusion

Relais-Méthadone est un programme novateur qui paraît bien implanté dans son milieu. Par une approche basée sur la réduction des méfaits, il permet d'atteindre une population d'héroïnomane marginalisée, non rejointe par les autres programmes. Les données recueillies auprès de la clientèle témoignent en effet de la réussite de Relais-Méthadone pour rejoindre et maintenir en traitement cette population aux conditions de vie précaires, fortement exposée au VIH et à d'autres infections. De même, les services sont accessibles et généralement bien appréciés de la clientèle. L'approche préconisée, qui leur permet de continuer à consommer, tout en recevant des services bien adaptés à leur réalité, et de réintégrer le traitement sans délai après l'avoir interrompu, paraît répondre adéquatement aux besoins de cette clientèle particulière.

Michel Perreault, Ph.D.

Centre de recherche de l'hôpital Douglas et Département de psychiatrie, Université McGill

Pierre Lauzon, M.D.

Centre de Recherche et d'Aide aux Narcomanes et Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Radegonde Ndejuru

Relais-Méthadone

Isabelle Tremblay, B.A.

Centre de recherche de l'hôpital Douglas

Céline Mercier, Ph.D.

Centre de réadaptation Lisette-Dupras et Département de psychiatrie, Université McGill

Références :

Bordeleau, M. , Perreault, M. , & Mercier, C. (2001). Consultation auprès des clients de Relais-Méthadone : Compte rendu des «focus groups» avec les clients, Non publié, 22 pages.

Bruneau, J. , Lamothe, F. , Franco, E. , Lachance, N. , Désy, M. , Soto, & J., Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montréal: results of a cohort study. American Journal of Epidemiology, 146, 994-1001.

Lauzon, P. (1996). Les modèles d'intervention avec méthadone développés au Québec, 1986-1996. Psychotropes, 2, 7-14.

Perreault, M. , Lauzon, P. , Mercier, C. , Rousseau, M. & Gagnon, C. (2001). Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone. Dans Landry, M. , Guyon, L. , et Brochu, S. , Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Études québécoises (pp. 95-135). Les Presses de l'Université Laval, Québec.

Remis, R. S. , Leclerc, P. , Bruneau, J. , Beauchemin, J. , Millson, P. , Palmer, W. H. , Degani, N. , Strathdee, S. , & Hogg, R. (1998). Consortium to characterize Injection Drug Users in Canada (Montréal, Toronto and Vancouver), Department of Public Health, Faculty of medicine, University of Toronto, Toronto.

Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques, L'usage des drogues et la toxicomanie, Vol. II, Chapitre 6, Gaëtan Morin Éditeur, 129-150.

Rousseau, M. , Perreault, M. , Mercier, C. , & Morency, P. (2001). Rapport descriptif basé sur la première année d'opération de Relais-Méthadone : 1^{er} novembre 1999 au 31 octobre 2000, Non publié, 95 pages.

Schneeberger, P. (1999). Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, juin, Rapport, 49 p.

Seuils, analyse de la demande et pratiques de sélection

Dr Jean-Pierre JACQUES, Projet LAMA, BRUXELLES, Belgique

Accueil, centre d'accueil, accueillir, quelle équipe n'a pas ces signifiants à la bouche ? De quel accueil s'agit-il, quelle fonction prétend-il satisfaire, quelles valeurs défend-il et à quelles fins ? je vous propose de m'accompagner dans une réflexion sur la procédure d'admission de nos institutions spécialisées et sur la logique implicite de l'accueil qui la sous-tend.

Formelle ou informelle, la procédure d'admission dans une structure thérapeutique pour usagers de drogues est un des analyseurs les plus puissants des signifiants maîtres de nos institutions, de nos équipes, de ce qu'en d'autres temps on désignait comme l'idéologie. Cette analyse de l'accueil et des procédures d'admission nous permettra une saisie inhabituelle de nombreux paramètres et accidents de la cure qui en découlent, tels que :

- le rapport, de force ou de séduction, qui s'établira entre le candidat à une prise en charge et nos intervenants
- le type de clientèle recrutée ou écartée, et jusqu'aux impacts en termes de santé publique sur la population des usagers de drogues des zones desservies,
- la représentation que ces U.D. pourront se faire de nos professionnels de l'aide ou du soin, qui seront désormais perçus soit comme délégués de l'ordre public, comme avant-postes du système ⁽¹⁾, soit, au contraire, comme exception au discours dominant, comme objection au discours du Maître, comme alliés possibles dans leurs questionnements.

Enfin, une analyse fine des procédures d'admission révèle les valeurs éthiques et politiques de nos institutions, de nos équipes, en d'autres termes – freudiens - leur Idéal du Moi, et préfigure les impasses sur lesquelles pourront buter et échouer la cure, jusqu'à forcer la rupture du système thérapeutique usager – professionnel, par l'abandon ou l'exclusion, inscrite en quelque sorte par le mode d'entrée.

L'accueil est le théâtre de cette procédure d'admission. Nous le décrirons comme un lieu, un temps et un discours.

1. Le lieu de l'accueil est défini par une topographie, par exemple, une porte fermée, qui ne s'ouvre qu'avec une sonnette et un hygiaphone. Ou une porte ouverte sur la rue.

Le local où le candidat est accueilli peut être le bureau, supposé neutre, où le thérapeute reçoit, chez lui, sur ses terres et dans un univers qui exprime son esthétique, sa classe d'appartenance, ses référents, un usager qui est l'autre, l'invité, parfois le tout juste toléré. Tout au contraire, ce peut être une salle d'accueil où coexistent un mélange inopiné d'usagers de drogues en traitement, de professionnels, d'autres sujets, un lieu où règne un compromis entre la Loi de la rue et la Règle de l'institution, c'est-à-dire un espace mixte, où le professionnel est de préférence un être amphibie, adapté à une collectivité aux mœurs indécises.

2. Le temps de l'accueil se décline lui-même en une durée, qui est la durée de la procédure, et un moment, celui du franchissement d'un seuil, ou de plusieurs seuils consécutifs.

¹ Il serait judicieux d'évoquer ici les abus du concept lacanien du Nom-du-Père. Voir à ce sujet les articulations de Marie-Jean Sauret, « Psychanalyse et politique. Huit questions de la psychanalyse au politique », Les Presses du Mirail, Toulouse, 2000, par ex. p. 11 et 113 & sq.

La durée de la procédure est expresse, le temps d'une poignée de mains et de l'échange de quelques mots de bienvenue, quand domine le sentiment de l'urgence de la détresse subjective et de la galère. A l'opposé, la durée peut être virtuellement interminable quand ce temps de rencontre est destiné à vérifier l'adéquation de la demande du sujet à l'offre de l'institution. Cette procédure de vérification, que l'on appelle par euphémisme « *l'analyse de la demande* », impose de minimiser les contraintes que le symptôme fait peser sur le sujet tout en cristallisant les exigences, intraitables, de l'institution et de son Idéal.

Il n'est pas exclu que la durée de cette procédure soit plus ou moins délibérément rallongée pour mettre à l'épreuve le candidat, sur le modèle des entretiens préliminaires à une cure psychanalytique, qui seraient destinés à éprouver que la demande soit bien « décidée ». Si c'est cela, il est regrettable d'importer sans façon les méthodes de la pratique psychanalytique à la prise en charge des usagers de drogues, sans avoir pris la précaution de valider cette transposition. En effet, dans la cure analytique, l'objet que le pourvoyeur, l'analyste, cède, concède ou échange avec l'analysant est identique à l'objet de la demande elle-même, à savoir en gros, de la parole et du transfert. A contrario, l'objet de la demande manifeste du sujet usager de drogues, quoiqu'il doive en passer par la parole pour faire sa demande, en est distinct, puisqu'il concerne majoritairement, dans notre expérience en tous cas, des médicaments, de l'aide médicale ou sociale, un toit ou un lit, etc.

Le moment de l'accueil peut se subdiviser en plusieurs moments de franchissement : le rendez-vous qu'il faut prendre au préalable par téléphone avant de pouvoir formuler sa demande in situ, les documents à présenter ou les antécédents requis pour être recevable, les conditions administratives ou de statut social à satisfaire, la typologie des drogues consommées, tous éléments qui détermineront l'accès au traitement convoité. Sans parler des garanties financières à apporter parfois, notamment dans certaines institutions pourtant subventionnées dans mon pays.

Les professionnels de l'aide, en particulier ceux qui sont aux premières loges de cette fonction d'accueil ont-ils été déjà sensibilisés à l'énormité de l'effort attendu de la part du candidat à une prise en charge ? Et cet effort, ce labeur de la demande, est à fournir au moment de son existence où il est particulièrement dépourvu de ressources, psychiques et physiques, sinon culturelles. Il faudra au candidat exposer, parfois devant plusieurs personnes successives, le collier de misère que fut son existence, dévoiler son intimité sans avoir choisi de le faire, se soumettre à des horaires et des attentes, des questions ou des questionnaires, sans certitude de voir sa « demande » aboutir. Par ricochet, la rumeur se charge de répandre au sein des communautés d'usagers de drogues l'information en feed-back sur ce qui attend le candidat, sur les réponses les mieux accueillies, sur les adresses où les questions des thérapeutes se font moins intrusives. Et comme par enchantement, après un temps d'adaptation, l'institution, du moins celle qui se trouve sans concurrence, se réjouira de voir arriver des candidats adaptés à ce qu'elle s'apprête à accueillir ... sans soupçonner combien elle a contribué à faire émerger le discours qu'elle attend, en sélectionnant de manière darwinienne les répondeurs les mieux adaptés à son désir à elle. Notre institution oscillera alors entre un refoulement bienvenu à l'aspect '*comme si*' des réponses des demandeurs à ses interrogations, feignant de ne pas en discerner le simulacre, qui a tout pour nous plaire, ou, à l'opposé, confirmera son préjugé sur le toxicomane manipulateur, et sur la prudence avec laquelle il faut l'entendre sans se faire piéger.

Incidentement, notre institution aura refoulé toute considération pour les usagers en détresse qu'il aurait été dans ses missions d'accueillir mais qui se sont découragés à la perspective de cette épreuve d'admission. Ils iront, au mieux, s'adresser ailleurs, non par choix, mais par dépit. Cet ailleurs, par exemple des collègues, des médecins généralistes, seront alors conspués, dénigrés, rendus responsables de la dérive de l'offre de soins que notre institution n'est pas parvenue à ajuster à la demande. D'autres renonceront à s'adresser, préférant si l'on peut dire l'accueil sans surprise que l'institution pénitentiaire leur réserve avec une disponibilité jamais démentie. Puis-je renvoyer les curieux sur des recherches déjà anciennes du Dr Rodolphe Ingold sur les demandes de soins

avortées, phénomène facilitateur d'adresses au monde judiciaire ou d'un ajournement qu'il estimait à 2 ans en moyenne de toute nouvelle demande.

D'autres candidats, plus persévérants, auront construit un dispositif défensif qui se manifestera dans une agressivité, une hostilité dans les entretiens ; celles-ci leur vaudront en retour une méfiance contre-transférentielle de la part de nos intervenants, qui ne se priveront pas de diagnostics péjoratifs pour justifier, en projetant sur le demandeur l'irritation que le dispositif d'accueil a si fortement contribué à installer. Quant à certains sujets paranoïaques mais simultanément usagers de drogues, inutile d'en parler, ce type de procédure d'admission comporte ce qu'il faut pour les faire battre en retraite et les préserver de toute rencontre dite thérapeutique.

Les sceptiques trouveront une confirmation difficilement réfutable de cette cybernétique de l'offre et de la demande, et de ses conséquences tragiques sur le destin des usagers de drogues et sur leurs représentation des professionnels dans la recherche en tout point remarquable, par sa méthode et par ses résultats, de Mme Pascale Jamouille publiée chez De Boeck Université en 2000 sous le titre « Drogues de rue »².

3. Le discours de l'accueil .

Il faudrait commencer par s'interroger sur la langue pratiquée pour accueillir un sujet et sa demande, quand on accepte de se laisser surprendre par la proportion croissante de citoyens en exil, en errance, en fuite d'une guerre civile ou d'une terreur quelconque. A la mondialisation des trafics de psychotropes répond maintenant une mondialisation des usagers de ces drogues, et nos modèles n'ont pas été conçus pour étudier la demande d'aide de réfugiés kosovars, tchéchènes, kazakhs, ou ghanéens, qui déferlent sur nos villes sans partager aucune langue ni aucune modalité culturelle avec les professionnels préposés à les accueillir.

Le discours de l'accueil sera une fois encore décrit par ses extrêmes.

A une extrémité, tous les sujets sont admis pourvu qu'ils en fassent la demande : par leur présence, par leurs mots si frustes soient-ils, voire silencieusement par leur détresse. Dans ce modèle quelque peu angélique inspiré de l'éthique humanitaire, la demande est accueillie sur un mode inconditionnel, et c'est à l'institution et ses intervenants de se décarcasser pour parvenir à satisfaire ces demandes. Ce qui ne peut se faire qu'en gérant les cas, sur un modèle de médecine de catastrophe, ou de dispensaire de brousse. La grandeur de ce modèle est son souci d'équité, d'objectivité et sa capacité à traiter un problème de masse. Sa limite est sa surdité aux singularités, sa pente à l'anonymat, à l'indifférenciation des sujets traités, tous reproches que l'on peut faire à la pratique médicale de salle d'urgence débordée. C'est la logique tiers-mondiste, voire maoïste, du « *bol de riz pour tous plutôt que de la viande pour quelques uns* ».

A l'autre extrême, on trouve les modèles qui sacralisent le un par un, le caractère unique de chaque sujet, reçu dans son irremplaçable singularité et vecteur de l'individualisme occidental libéral. Très sourcilleux de peser chaque décision individuelle, mais au prix de décliner toute responsabilité devant son indisponibilité à traiter de grands nombres, par exemple en situation épidémique. En filigrane de cette position, qui est philosophiquement d'inspiration libérale, il se pourrait qu'on puisse entrevoir un jugement de valeur sur la responsabilité du sujet demandeur d'aide dans la misère ou la souffrance qui est la sienne. Cela peut friser le reproche voilé, la culpabilisation, de l'ordre du « vous avez consommé des drogues, eh bien assumez maintenant », avec en sous-mains la notion de vice, de mauvais choix, etc. Comme si le symptôme n'était pas le produit d'une surdétermination qui échappe largement à la décision consciente. Il peut être précieux de repérer en arrière-fond une idéologie de la Rédemption à l'œuvre dans ces théorisations de la cure avec les usagers de drogues, dans lesquelles peu importe combien seront sauvés, puisque c'est le processus qui importe et non son résultat.

² Jamouille Pascale, « Drogues de rue », De Boeck Université, Bruxelles, 2000.

4. L'analyse de la demande.

Il nous faut ici revenir sur cette fameuse « *analyse de la demande* ».

L'une de ses modalités les plus appréciées dans les années quatre vingt dix passait par la multiplication des rendez-vous préalables à toute décision d'admission. Il s'agissait pour nos équipes de céder à la tentation de vérifier l'adaptation du candidat à l' *Idéal thérapeutique*. Ces nombreux entretiens préalables pouvaient être interprétés par le candidat comme une série d'examens où l'on testait la consistance de son discours, en faisant comme si nous ne faisons pas confiance à sa parole. Ce qui ne manquait pas de soulever un paradoxe, puisque par ailleurs, nous soutenions répétitivement que la cure s'appuie sur la parole etc.

Ces diverses comparutions peuvent être lues comme une *maltraitance* du demandeur, par la sous-estimation de la détresse préalable, liée à la galère et de la détresse induite par l'incertitude quant à l'issue de la procédure et par le rapport très asymétrique et parfois humiliant que nous installons de la sorte. Nos institutions instaurent-elles alors un rapport de type sadique dans une relation où l'autre est tenu à sa merci, et ce qui en est attendu n'est rien moins que sa soumission, sa reddition sans conditions ? Nul doute que la pente masochiste d'un bon nombre de nos sujets dépendants de drogues se prête fort bien à entrer dans une telle configuration, ce qui implique que l'éthique des thérapeutes doit veiller à se méfier de sa jouissance à entrer ou à entretenir ces dispositifs masochistes ³.

Il était aussi question dans nos équipes qui pratiquaient cette séquence d'interview d'amener chaque intervenant à prendre part à la décision d'admission. Celle-ci était en définitive pensée sur un mode binaire : oui ou non, l'équipe admet un tel en traitement. Conçus pour répondre à des demandes d'intervention institutionnelle, ces mécanismes ont été sans circonspection transposés dans les procédures d'admission aux traitements de substitution. Ce n'est pas faire injure à la psychanalyse ou plus généralement aux théorisations du psychisme que d'en réserver la portée à son champ. Il me convient de citer ici Vassilis Kapsambelis⁴ lorsqu'il réfléchit aux conditions de dialogue de la métapsychologie freudienne et des traitements aux neuroleptiques en psychiatrie, écrit :

« Très peu de patients hospitalisés en psychiatrie publique actuelle relèvent, en effet, du divan. A quoi sert, dans ces conditions la psychanalyse ? Elle sert à réfléchir. D'abord à réfléchir à ce qui se passe entre le psychiatre et son patient dans la consultation de psychiatrie générale. Consultation qui, sans cette réflexion, risquerait de trop prendre l'allure de la répétition un peu ennuyeuse du « renouvellement d'ordonnance » et de la surveillance de plus en plus sommaire d'une clinique de plus en plus pauvre ou facile à deviner. Mais à réfléchir aussi sur certains aspects des effets de nos actions thérapeutiques, dont la prescription des neuroleptiques (...) ».

Sous réserve des transpositions sémantiques appropriées, nous pouvons souscrire largement à ces déclarations.

La décision d'admettre un sujet dépendant des opiacés à un traitement de substitution est une indication médicale, qui nécessite d'ailleurs une compétence technique beaucoup plus soutenue que l'on ne l'imagine généralement. La psychopharmacologie ne tolère pas d'approximation et le bon sens, s'il existait, ne suffirait pas à se déclarer qualifié pour décider des indications, des molécules adéquates, des dosages, de l'appréciation des symptômes résiduels de sevrage ou de sédation. Restituer aux médecins leur marge de manœuvre et leur rendre leur responsabilité dans la prescription est non seulement une meilleure garantie de soins de qualité, mais aussi une

³ Jacques J.-P., « Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues », De Boeck Université, Bruxelles, 1999.

⁴ Vassilis Kapsambelis, « Les médicaments du narcissisme », Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson, 1994, p. 160-161.

opportunité pour la pratique psychanalytique de se désengluer d'un pouvoir qu'elle s'est appropriée et dont elle abuse, contre son intérêt.

A ce point, il est justifié de se poser la question : analyse de la demande ou construction de la demande ?

Faut-il procéder d'abord à l'admission, puis en négocier les termes, ou, faut-il comme le prévoit la tradition, négocier les termes et n'admettre qu'après un accord sur ceux-ci, après ce que j'appelle la reddition du demandeur ?

Si l'analyse de la demande est rationalisée comme une précaution contre la précipitation, contre l'erreur diagnostique, contre l'accident, les dispositifs d'ajournement de la décision, et d'analyse psychologique du candidat et de ses projets ne sont pas idoines. Il existe des procédures plus adaptées, à l'intérieur du discours médical, très attentif à ces questions. D'autant plus que la prescription de méthadone par exemple, du moins aux dosages dits de sécurité, n'a rien d'irréversible. Rien ne devrait empêcher une équipe qui estime après quelques jours de prescription décidée en urgence, revoir sa décision, et moyennant une justification très soignée et respectueuse du sujet, mettre fin à cette modalité, pour orienter vers autre chose.

Mais de façon plus radicale, en matière de traitement de substitution, nos équipes et nos candidats ont tout à gagner d'une stratégie qui distingue la décision médicale, rapide et conforme aux élaborations scientifiques disponibles, de la construction, avec le sujet, de sa demande, dans un temps second, une fois apaisées l'angoisse et la détresse.

Façon de souligner que cette demande ne se résume pas dans cet objet (lit ou médicament), échangé contractuellement entre l'U.D. et le professionnel, mais que cette demande ne préexiste pas comme telle à la rencontre, qu'elle est dans le meilleur des cas, le produit de celle-ci, produit singulier, non reproductible mécaniquement d'un sujet à l'autre.

Que cette demande n'est pas non plus l'abstinence, qui n'est jamais que la demande de l'autre – du législateur, du parent, du professionnel –, même si elle paraît reprise à son compte par le sujet en mal d'identité ou dans sa position transférentielle.

Il me faut encore souligner la cruauté des propos, que j'ai tenus d'ailleurs autrefois avec mon équipe, sur la "motivation". Ce terme dissimule une attente dissimulée de normativité, de vérification de l'adaptation de l'usager aux idéaux du service proposé (et non l'inverse). Si l'on s'inféode à ce pseudo-concept de *motivation*, ne sont admis que ceux qui viennent déposer un discours conforme aux attentes de l'institution, un projet thérapeutique par exemple, en miroir de la demande et du désir des intervenants, ce qui vient alors obturer leur capacité d'écouter et d'accueillir authentiquement un sujet. Motivation est l'autre nom d'une prière à l'usager de se conformer à une demande, non dite, qui lui préexiste.

Depuis que mes collègues et moi avons pu déconstruire ces mécanismes, nous tachons d'y opposer un respect du sujet et de son symptôme, qui remplit toujours une fonction non triviale. Il nous faut alors reconnaître les compétences du sujet dans l'adoption de son symptôme, plutôt que de s'échiner à le contrarier et le discréditer. A cette lecture, qui rend d'ailleurs le travail beaucoup moins pénible, le rôle de la méthadone est d'appriivoiser un sujet rendu sauvage ou hostile par les représentations courantes, jugeantes et condamnatoires, portées sur sa pratique du symptôme.

5. La procédure de sélection, une politique de ségrégation

Avant l'événement sida, la plupart de nos institutions fonctionnaient sans remords dans un dispositif élitiste. Parmi la masse qui paraissait impossible à éponger des sujets demandeurs, nous pensions avoir pour devoir d'en sélectionner les plus congruents à notre offre thérapeutique. Cela

ne paraissait en rien de choquant, et ce d'autant moins que les références étaient issues du champ de la psychanalyse, qui avait produit ce concept, aujourd'hui discuté sinon caduc, de l'analysabilité.

Ce mode élitiste, si nous nous autorisons à en inspecter les ressorts inconscients du côté des thérapeutes, permettait accessoirement que les thérapeutes de nos institutions se considèrent eux-mêmes comme une élite. On peut soupçonner que ces thérapeutes, qui se coltinent indiscutablement la misère du monde jusqu'à la nausée, s'octroient ainsi une rétribution narcissique, extra-monnaire, pour un dur labeur, et sur le dos de leurs bénéficiaires. Il n'est pas exclu que cette gratification des équipes soit un mécanisme de défense contre l'horreur, l'insupportable des situations cliniques, des récits de vie délabrées, naufragées, dont rend si bien compte le travail de Mme Jamouille, déjà cité.

La catastrophe du sida nous a amené à réétudier nos missions, et à admettre qu'au temps de ce dispositif élitiste beaucoup tombaient entre le bateau et le quai, ouvrant les questions de service public (dont l'accessibilité) bien plus encore que de santé publique. En d'autres termes, si nous admettons que chacune de nos interventions cliniques comporte une part de responsabilité dans la politique du symptôme, comme s'exprimait Colette Soler⁵, alors on ne peut accepter désormais des institutions de type élitiste, à haut degré de sélection, qu'à la condition qu'existent, en nombre suffisant des lieux accessibles à ceux qui sont ainsi écartés. J'entre de la sorte dans les propositions qui concluent ce travail.

Conclusions.

L'accueil et la procédure d'admission peuvent se révéler des dispositifs de sélection et de ségrégation, qui dispersent leurs effets tant sur ceux qui sont admis, que sur ceux qui sont recalés ou découragés.

La représentation qu'une équipe, une institution se fait de sa clientèle idéale est un analyseur du contre-transfert, parfois méfiant, exigeant, hostile, qu'elle construit contre les sujets qu'elle se propose d'accueillir. Dans les procédures de sélection, dans les valeurs qui l'imprègnent, par exemple le désir d'une demande d'abstinence, se fait jour une soumission de nos équipes au discours du Maître, qui fait obstacle à l'écoute du sujet et à une aide appropriée.

Je propose de réfléchir aux façons que nous avons à disposition pour accueillir un sujet là où il en est, quelque maladroite, agressive, rudimentaire, ampoulée que soit sa demande explicite. J'invite à la prendre par le bout qu'il nous tend, en premier lieu la demande de substitution, mais aussi l'aide sociale, la réponse à une demande tierce (judiciaire par exemple). Prendre cette demande telle quelle doit amener les professionnels à ne plus reculer devant une substitution compétente, inscrite dans le discours médical de plein droit, et permettant, dans un second temps, de construire une demande singulière, qui échappe au programme médical même s'il l'a rendue possible.

⁵ Soler Colette, « La politique du symptôme », *Quarto*, N°65, 1998.

Les microstructures médicales dans le traitement des pharmacodépendances aux substances psychoactives en médecine générale

George-Henri MELENOTTE (1), Guy HEDELIN (2), Danièle LEDIT (1), Jean-Christophe WEBER (3)

Le concept de microstructure médicale est né à partir de trois constats. Constat tout d'abord de la nécessaire évolution de la pratique médicale devant les « pathologies » dues aux conduites addictives. Constat ensuite du progrès relatif réalisé en matière de méthode thérapeutique avec la prise en charge pluridisciplinaire telle qu'elle est pratiquée dans les centres de soins délivrant de la méthadone (1). Constat enfin des difficultés rencontrées en médecine générale par des médecins trop souvent réduits aux rôles de prescripteurs sans pouvoir exercer réellement leur art (2).

L'idée de la microstructure médicale revient à importer dans le cabinet du médecin la structure réduite d'un centre de soins. Il s'agit de créer un micro centre pour les personnes pharmacodépendantes dans le cabinet médical. Médecin, psychologue et travailleur social forment l'équipe de cette microstructure. Le pharmacien d'officine peut se joindre à eux au cas par cas.

Constituées en réseau, les microstructures tissent une trame sanitaire de proximité à l'exigence de soins élevée. Elles permettent de pratiquer une médecine de contact avec une population le plus souvent en marge du réseau sanitaire, lui ouvrant l'accès à un traitement pluridisciplinaire.

1. BREVE ANALYSE DU SUIVI DES ADDICTIONS EN MEDECINE GENERALE

L'émergence de nouveaux produits de synthèse et leur succès auprès de tranches de la population de plus en plus jeunes, créent de nouveaux besoins en matière de prévention et de soins (3).

Les poly-consommations deviennent la règle, rendant caduque la distinction entre produits licites et illicites. Benzodiazépines, dérivés amphétaminiques, cannabis, tabac et alcool sont de plus en plus souvent associés aux opiacés et à la cocaïne (4). Ces associations peuvent être à l'origine de troubles du comportement qui nécessitent de nouvelles modalités de soins.

Les traitements de substitution aux opiacés ont fait leur preuve, par exemple dans le suivi des grossesses de femmes présentant une addiction (5-7). Ils montrent aussi leurs limites (1, 8-23) : confidentialité persistante, à ce jour, de la prescription de la méthadone malgré sa relative efficacité (24-26), utilisation fréquente du *Subutex*® par voie intraveineuse (27-30), mésusage de ces médicaments dû à une approche exclusivement psycho-pharmacologique de la pharmacodépendance (31, 32), répartition géographique inégale des prestations, insuffisance du conseil apporté au médecin trop souvent livré à lui-même (2, 33, 34). Ces limites appellent de nouvelles solutions pratiques et conceptuelles.

1 *Espace Indépendance*, 21, boulevard de Nancy, 76000. Strasbourg.

2 Laboratoire d'épidémiologie médicale et de santé publique, Université Louis Pasteur, 67085 Strasbourg-cedex.

3 Clinique Médicale A, CHRU Strasbourg, 67090 Strasbourg-cedex.

2. OBJECTIFS DES MICROSTRUCTURES MEDICALES

Les microstructures médicales ont pour but :

- a) d'apporter une *garantie de qualité* dans les soins dispensés aux patients pratiquant une addiction quel que soit leur lieu d'habitation.
- b) de donner au médecin, *dans son cabinet médical*, les moyens d'un exercice professionnel performant dans le suivi de certains patients jugés souvent « difficiles ».
- c) de donner au patient la possibilité de passer de la position passive de receveur de traitement médicamenteux à celle, active, de *praticien de son soin* comme il avait été auparavant praticien de son addiction.
- d) de garantir le meilleur usage du médicament prescrit, ouvrant la possibilité au médecin de *prescrire tout médicament de substitution de son choix en première intention*.

3. MISE AU POINT D'UN PROTOCOLE D'EVALUATION

En juin 1999, la décision fut prise, à l'initiative de l'association *Espace Indépendance*, de créer des microstructures médicales et d'évaluer leur impact thérapeutique. L'évaluation de ce nouveau savoir-faire devait porter sur 25 microstructures et durer 24 mois. Guy Hédelin, épidémiologiste au Laboratoire d'épidémiologie et de Santé publique, dirigé par le Professeur Schaffer, à l'Université Louis-Pasteur, à Strasbourg, a mis au point un protocole d'évaluation, portant sur ces 25 microstructures sur la base d'un échantillon de 350 patients répartis par randomisation dans deux bras, un bras dit « conventionnel » et un bras dit « microstructure ». Seuls les patients appartenant au bras « microstructure » devaient être suivis par les psychologues et les travailleurs sociaux. Le questionnaire retenu pour l'évaluation des patients dans chaque bras fut l'A.S.I (*Addiction Severity Index*) dans sa version française établie à Bordeaux (35-39) auquel fut joint, pour des raisons culturelles et cliniques, un questionnaire complémentaire.

Au décours de l'expérience, la cotation de l'ASI est effectuée par une opératrice formée selon les recommandations de Denis Grabot à l'Université de Bordeaux. Les questionnaires sont passés à l'entrée dans l'évaluation (T0), à 12 mois (T12) et à la sortie, à 24 mois (T24).

Un rapport intermédiaire à 12 mois et un autre à 24 mois doivent être remis aux financeurs de l'expérience (MILDT, URCAM, DDASS du Haut-Rhin, Conseil général, Ville de Strasbourg).

Après accord donné par la CNIL, le CCPPRB et le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, l'expérience a commencé en janvier 2000 dans le Bas-Rhin. En décembre 2000, pour parvenir à un nombre suffisant d'inclusions, fut décidée son extension au département du Haut-Rhin. À ce jour, 14 microstructures fonctionnent dans le département du Bas-Rhin et 4 dans celui du Haut-Rhin. 325 inclusions (soit le nombre de T0) ont été effectuées, 174 passations de questionnaires à 12 mois et 119 passations de questionnaires à 24 mois ont été faites selon ce protocole.

4. FONCTIONNEMENT DES MICROSTRUCTURES

Après un premier examen somatique par le médecin, le patient rencontre au cabinet le psychologue, puis l'assistant social.

Le médecin, le psychologue et l'assistant social se réunissent ensuite pour déterminer en

commun la conduite thérapeutique dans le cas particulier du patient.

Le patient accepte la proposition de soin qui lui est faite avant que le soin ne commence. Il peut la modifier en accord avec le médecin. En cas de prescription d'un traitement de substitution, le contact peut être pris avec le pharmacien de façon à élaborer avec lui la fréquence des passages à son officine et les modalités de délivrance du médicament.

Le suivi psychologique est entrepris au cabinet médical. Le rythme des entretiens est fonction des besoins du patient. Il en va de même de l'accompagnement social. Le médecin généraliste, en fonction du cas, voit son patient une fois par semaine ou une fois tous les quinze jours.

Les entretiens des trois intervenants, regroupés sur une même plage horaire dans la semaine, sont le mode de fonctionnement le plus usuel pratiqué dans la microstructure.

Une réunion de synthèse réunit le médecin, le psychologue et l'assistant social en moyenne toutes les quatre semaines. À ces rencontres peut se joindre, si besoin, le pharmacien d'officine qui peut ainsi être associé aux différentes étapes du traitement.

La microstructure ne revendique aucune option préalable au traitement entrepris. Elle se réserve la possibilité d'indiquer des traitements de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage, ou bien des sevrages aux opiacés, ou autre chose encore, en fonction de la situation.

Le temps de travail des médecins comprend la prise en charge somatique des patients (prévention et soin curatif) (33), à laquelle s'ajoutent le temps de la réunion de synthèse et le temps de participation à l'évaluation.

Le psychologue et le travailleur social se rendent au cabinet du médecin généraliste trois heures par semaine. Ce temps correspond au travail d'entretien et de synthèse effectué dans la microstructure.

Une réunion du réseau tous les deux mois convie l'ensemble des médecins, psychologues et travailleurs sociaux. La soirée est thématique.

Le cabinet de médecine générale est l'unique lieu utilisé par les différents partenaires. L'unité de lieu étant le principe du projet, elle est un moyen thérapeutique par elle-même. De façon générale, le travailleur social et le psychologue interviennent dans une pièce qui est mise à leur disposition par le médecin généraliste.

5. PRESENTATION DES MICROSTRUCTURES DANS LEUR FONCTIONNEMENT ACTUEL

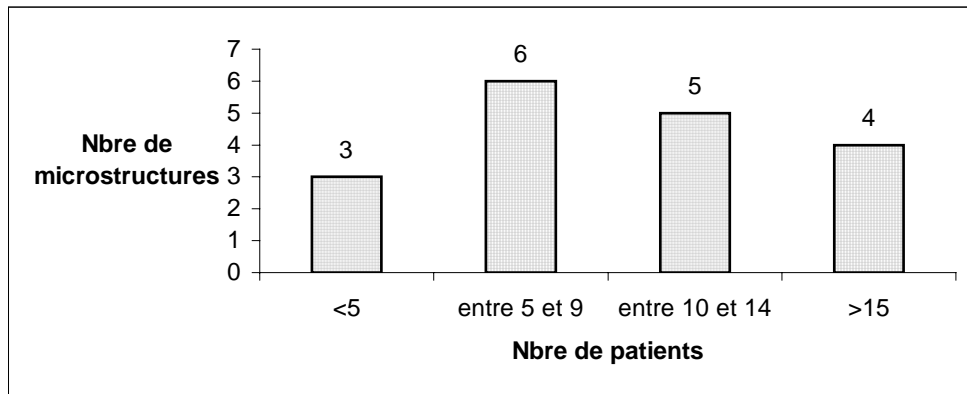
18 microstructures fonctionnent actuellement dont 4 dans le Haut-Rhin et 14 dans le Bas-Rhin. En date du 13 décembre dernier, 186 patients étaient suivis en microstructure.

Tableau I : les entretiens psychologiques et sociaux en microstructure

	Nombre d'intervenants	Nombre de patients vus	Nombre d'entretiens réalisés	Moyenne par patient
Psychologues	12	136	1793	13
Travailleurs sociaux	5	127	1587	12.5

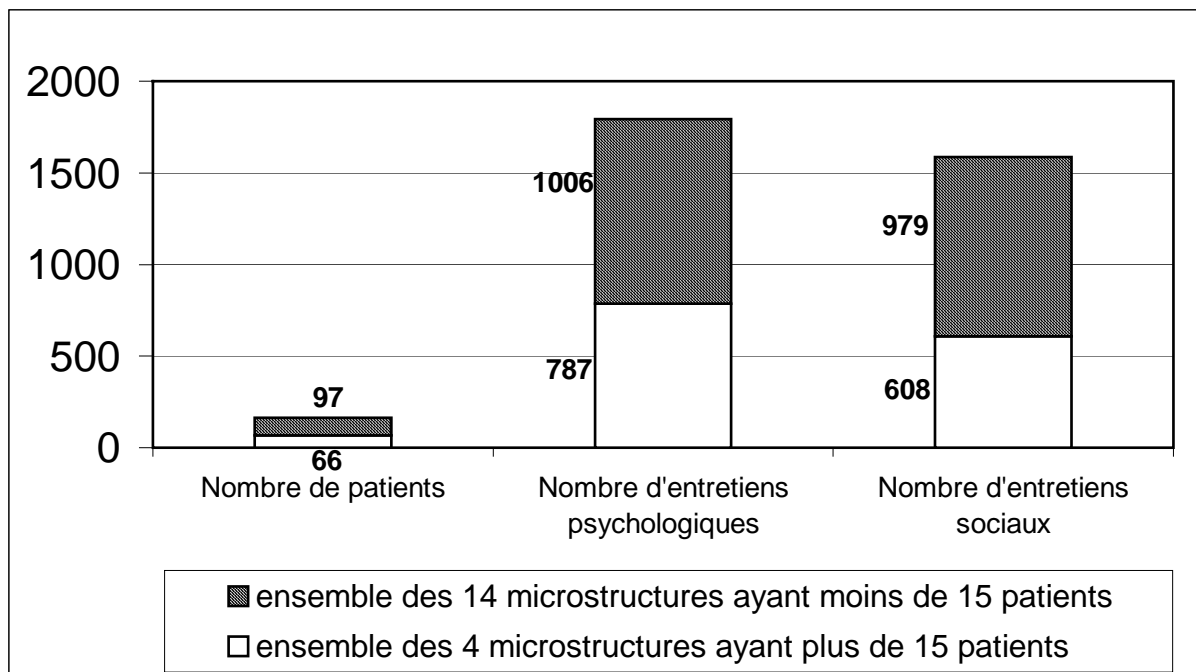
12 psychologues interviennent dans les différentes microstructures et ils ont réalisé 1793 entretiens auprès de 136 patients vus sur les 163 qui fréquentent les microstructures. 5 travailleurs sociaux interviennent et ils ont réalisé 1587 entretiens auprès de 127 personnes. En rapportant le nombre d'entretiens psychologiques réalisés au nombre de patients vus en entretien, on constate que chaque patient a bénéficié, en moyenne, de 13 entretiens. De même, le nombre d'entretiens sociaux rapporté à chaque patient est, en moyenne, de 12,5. Les entretiens psychologiques sont, en moyenne, un peu plus nombreux que les entretiens sociaux (voir tableau I).

Graphique I : répartition des patients dans les microstructures



3 microstructures ont moins de 5 patients, 6 microstructures entre 5 et 9 patients, 5 microstructures entre 10 et 14 patients. 4 ont plus de 15 patients dont deux atteignent le chiffre de 20 patients (graphique I).

Graphique II : importance des microstructures à fort recrutement



Ces 4 microstructures comptent, au total, 66 personnes, soit 40 % du total des patients. Dans celles-ci, ont été réalisés 787 entretiens psychologiques (sur 1793, soit 43.89 % du total des entretiens réalisés) et 608 entretiens sociaux (sur 1587, soit 38.31 % du total des entretiens réalisés) (voir graphique II).

6. COMMENTAIRE SUR LA NOUVELLE PRATIQUE

Après 24 mois de fonctionnement pour les microstructures les plus anciennes, les réunions cliniques bimestrielles des participants des microstructures ont permis de recueillir les commentaires suivants :

α- Commentaires des médecins :

- a) Amélioration de l'exercice de la médecine par l'enrichissement diagnostique et thérapeutique dû à une approche diversifiée des patients lors des réunions de synthèse et par l'obtention d'un temps supplémentaire auparavant consacré au traitement des questions sociales et psychologiques.
- b) Amélioration de la tolérance du médecin aux cas lourds.
- c) Constitution d'une véritable équipe de soins diversifiée dans ses compétences et mieux à même de régler les problèmes rencontrés.
- d) Fonctionnement à géométrie variable par l'adjonction au cas par cas d'autres intervenants (pharmacien, P.M.I., médecin hospitalier, assistante sociale de secteur, ancien usager de drogue, etc.).
- e) Difficultés de certains médecins à se sentir « dessaisés » de certains patients avec lesquels ils entretenaient une relation thérapeutique forte.
- f) Difficultés « culturelles » de certains médecins habitués à l'exercice libéral isolé, à travailler avec d'autres intervenants.

β- Commentaires des psychologues :

- a) Avantage d'une pratique moins stigmatisante pour les personnes suivies.
- b) Instauration d'un suivi psychologique de proximité.
- c) Reconnaissance par les médecins d'une approche pluridisciplinaire de certains patients par la pratique régulière de réunions de synthèse.

γ- Commentaire des travailleurs sociaux :

- a) Surprise devant la possibilité de travailler autrement que dans le cadre du dispositif social existant.
- b) Possibilité de contact avec des populations qui autrement ne seraient pas touchées.
- c) Importance de l'amélioration de la situation sociale des patients comme condition du succès du traitement entrepris.

δ- Commentaires des pharmaciens :

- a) Meilleure connaissance des clients qui viennent à l'officine pour leur prise de médicaments.
- b) Amélioration subséquente de la qualité de la délivrance du médicament.

ε- Commentaires de la coordination des microstructures :

a) Nécessaire autonomie des microstructures : elles doivent disposer de la plus grande latitude pour organiser leur travail et résoudre les difficultés rencontrées.

b) Réseau de proximité : la coordination des microstructures permet la constitution d'un réseau de soins de proximité de qualité auprès d'une population sanitaire « difficile ».

7. PREMIERS ELEMENTS D'ANALYSE :

α- Sur le fonctionnement des microstructures

De manière générale, les microstructures fonctionnent bien. Dans certains cas, leur mise en place a rencontré des difficultés :

- a) Non adhésion de certains médecins à la pratique médicale en microstructure. Si leur adhésion intellectuelle était réelle, le passage à la réalisation concrète de la microstructure s'est avéré quelquefois difficile.
- b) Organisation quelquefois difficile des plages horaires pour les rendez-vous psychologiques et sociaux, et pour l'occupation des locaux du cabinet médical.

β- Sur la population des patients

- a) Les microstructures touchent une population dont les caractéristiques diffèrent de la population que l'on retrouve dans les centres de soins existants :
 - un quart des patients a moins de 27 ans alors qu'ils sont beaucoup moins nombreux dans les CSST.
 - leur insertion sociale est meilleure que dans les CSST.
 - 63 % de la population concernée n'a pas fait de séjour en prison, chiffre nettement supérieur à celui que l'on retrouve dans les CSST.
- b) 38 % de la population étudiée n'a jamais cessé de consommer le produit qu'elle considérait comme son produit de dépendance principal.
- c) En ce qui concerne la buprénorphine haut dosage, il apparaît que 30 % de la population utilisant ce produit le dévie de son usage thérapeutique.
- d) Il a été surprenant de constater la difficulté d'implanter des microstructures dans les quartiers « difficiles » où les problèmes de drogues sont aigus. La population des patients semblait souvent préférer une simple prescription de médicaments au suivi proposé.

γ- Sur les premières améliorations à apporter aux microstructures

- a) La souplesse dans la disponibilité du psychologue et du travailleur social semble être la meilleure garantie du bon fonctionnement de la microstructure.
- b) Le fonctionnement optimal suppose un certain nombre de patients (15).

- c) Pour s'adapter au cas par cas, l'équipe d'une microstructure peut s'adjoindre un ou plusieurs intervenants extérieurs.

Conclusion

Le présent article présente le concept de la microstructure. Il sera suivi d'articles de présentation des résultats à 12 mois et à 24 mois.

D'ores et déjà, il apparaît que le nouveau concept de microstructure a fait la preuve de sa viabilité. L'évaluation en cours permettra de juger de son impact réel sur les patients par rapport au suivi actuel qualifié de conventionnel.

Les premières tendances qui se dégagent des témoignages recueillis chez les acteurs de soins permettent de penser que ce nouveau savoir-faire médical, polyvalent et facilitant l'accès à un soin de qualité, sera plus performant dans son impact auprès d'une population sanitaire qualifiée à juste titre de « difficile ».

D'autre part, il semble que son mode de fonctionnement ouvert et souple permette d'adapter le soin à l'état de la population de patients sous addiction.

De plus, les microstructures pourraient permettre de réduire facilement la disparité actuelle entre les zones géographiques où existent des centres spécialisés et les autres où ils n'existent pas ou peu.

Enfin, la sûreté de son fonctionnement pourrait permettre d'envisager l'élargissement de la primo-prescription de méthadone dans le cadre qu'elle propose en minimisant les risques d'overdose.

Références bibliographiques :

1. Weber JC, Kopferschmitt J. Les traitements de substitution chez les toxicomanes *Presse Med*, 1998 ; 27 (39) : 2088-99.
2. Carpentier J. La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. 1994 ; Paris : Ellipses.
- 3 Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. 1998 *éditions CFES, coll. Dossiers techniques*, Préface de Nicole Maestracci.
4. Compton PA, Ling W, Charuvastra VC, Wesson DR. Buprenorphine as a pharmacotherapy for cocaine abuse: a review of the evidence. *J. Addict Dis.* 1995 ; 14 : 97-114.
- 5 Jernite M et coll. *Subutex* et grossesse - 19èmes Journées Françaises de pharmacovigilance, Nancy, 1998.
6. Marquet P et coll. In utero exposure to *Subutex* induces no or mild withdrawal syndromes in the newborn - 19èmes Journées Françaises de pharmacovigilance, Nancy 1998 ; (abstr.) : 1 page.
7. Reisinger M. Use of buprenorphine during pregnancy *Res. Clin. Forums* 1997 ; 19 (2) : 43-45.
8. Déglon JJ. Arrêt de la méthadone chez les héroïnomanes chroniques : serait-il contre-indiqué? *Le Courrier des addictions*, 1999 : 2 ;
9. Déglon JJ. The therapeutic community : study of effectiveness. Treatment research monography 84 -1286. Rockville MD : *National Institute for Drug Abuse*, 1994.
10. Gunne LM et coll. The swedish methadone maintenance programme : a controlled study. *Drug and alcohol depend.*, 1981, 7 : 249-56.
11. Kleber HD. Detoxification from narcotics. In : JH Lowinson et P Ruiz, (eds.). *Substance abuse : clinical problems and perspectives*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1981 : 317-38.
12. Lipton DS et Maranda MJ. Detoxification from heroin dependency : an overview of method and effectiveness. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 1983, 2 : 31-55.
13. O'Brien CP, Mc Lellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 1996, 347 : 237-40.
14. San L, Cami J, Peri JM et coll. Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction*, 1989, 84 : 81-7.;
15. Simpson DD et coll. Follow-up evaluation to treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Arch. Gen. Psych.*, 1979, 36 : 772-80.

16. Steer RA et coll. Ambulatory detoxification of heroin addicts : a follow-up study. *Drug and alcohol depend.*, 1978, 3 : 175-83.
17. Valliant GE. 20 years follow-up of New-York narcotic addicts. *Arch. Gen. Psych.*, 1973, 29 : 237-41
18. Valliant G.E. What does long-term follow-up teach us about relapse and prevention in addiction ? *Br. J. Addiction*, 1988, 83 : 1147-57.
19. Méthadone Résultats- Evaluation 1995 de quatre programmes médico-psychosociaux", 1996, Éditions médecine et hygiène, Genève.
20. Touzeau D, Jacquot C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogue, 1997, Arnette, Paris.
21. Condelli WS, Fairbank JA, Dennis ML, Rachal JV. Cocaine use by clients in methadone programs : signifiante, scope, and behavioural interventions. *J. Subst. Abuse Treat* 1991 ; 8 :203-12.
22. Rawson RA, Mc Cann MJ, Hasson AJ, Ling W. Cocaine abuse among methadone maintenance patients : are there effective treatment strategies ? *J. Psychoact Drugs* 1994 ; 26 : 129-36.
23. Avants SK, Margolin A, Kosten TR. Cocaine abuse among methadone maintenance programs : integrating pharmacotherapy with psychosocial interventions. *J Psychoact Drugs* 1994 ; 26 : 137-46.
24. Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction, *JAMA* 1965 ; 193 : 646-50.
25. Dole VP. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction, *JAMA* 1998 ; 260 : 3025-9.
26. Fontaine P, Anseau M. Aspects pharmaco-cliniques de la méthadone, *Encéphale* 1995 ; 21 : 167-79.
27. "Évaluer la mise à disposition du *Subutex*® pour la prise en charge des usagers de drogues", Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM par un groupe de travail dans le cadre d'une convention avec le Secrétariat à la Santé, Direction Générale de la Santé et le laboratoire Schering Plough, Paris, juin 1998, pp.26-30.
28. Tracqui A et coll. Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage. 29 observations cliniques - 20 cas mortels *Presse Med*, 1998 : 27(12) : 557-61.
29. Decoq G et coll. Complications locales après injection intraveineuse de comprimés dissous de buprénorphine". *Presse Med*, 1997 ;26(30) : 1433.
30. Reynaud M et coll. Utilisation détournée d'une association buprénorphine - benzodiazépines : 6 décès *PresseMed*, 1997 : 26 (28) : 1337-38.
- 31 Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med. Clin. North Amer.* 1997 ; 81 : 902-25.
32. Wermuth C., Selective inhibition of cocaine-seeking behaviour by a partial dopamine D3 Receptor agonist, *Nature* 1999 ; 400, 371-5.
33. Bloch J, Nory-Guillou F, Monaque C, Charpak Y. Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes. Programme d'étude de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanes. EVAL, 1996.
34. Bloch J, Curt F, Monaque C, Pirault S. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98, Rapport OFDT, EVAL, 1998, 49p..
35. Mc Lellan AT, Luborsky L, Woody GE et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients.the Addiction Severity Index. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1980 : 168 :26-33.
36. Mc Lellan AT, Cacciola J, Griffith J et al. Nex data from the Addiction Severity Index : reliability and validity in three centers. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1985 : 7 :412-23.
37. Mc Lellan AT, Kushner H, Metzge D et al. The fifth edition of te Addiction Severity Index. *J. Subst. Abuse Treat* 1992 : 9 : 199-213.
38. Martin C, Grabot D, Auriacombe M, Brisseau S, Daulouède JP, Tignol J. Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France *L'Encéphale*, 1996, XXII . 359-63.
39. Grabot D, Auriacombe M, Martin C et al. L'Addiction Severity Index : un outil d'évaluation fiable et valide des comportements de dépendance. *Comptes rendus du LXXXème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, 1992. IV : 213-9.

Haut et bas niveau d'exigence, ou qui exige quoi de qui ?

Dr Serge BECHET, Interstices, C.H.U. Saint-Pierre, M.A.S.S. de Bruxelles

Le niveau d'exigence dans les traitements pour toxicomanes est une notion dont j'ai souvent entendu parler depuis que je m'occupe de ces patients. Cette notion m'a toujours parue paradoxale dans le sens où, s'agissant d'une demande de traitement, on pourrait s'attendre à ce que l'exigence, qui serait celle d'aller mieux ou de souffrir moins, se trouve plutôt du côté du malade que du soignant.

D'où vient ce paradoxe, si ce n'est que les toxicomanes, s'ils sont malades, sont des malades bien particuliers tout comme, et ce n'est pas un hasard, le sort que leur réserve la société sur le plan juridique ou social.

Le paradoxe entre la demande d'aide du patient toxicomane et l'exigence du soignant nous renvoie à la question de savoir ce qui amène le sujet toxicomane à demander de l'aide. Est-ce parce que l'usage de drogue provoque en lui des dérèglements psychiques ou somatiques tels qu'il ne les supporte plus, ou est-ce parce que les conséquences sociales de la transgression de la Loi sont trop lourdes à supporter, d'autant plus lourdes que le niveau social initial est défavorisé ? Le plus souvent, c'est le cumul de ces différents facteurs qui poussera le toxicomane vers les réseaux d'aide médico-psycho-sociale.

L'usage de drogue est un comportement que revendique de plus en plus d'individus. On ne peut donc pas parler dans ce cas d'incapacité psychologique ou physiologique à respecter une Loi symbolique dont la transgression serait en rapport avec un trouble de la personnalité, mais bien d'une transgression volontaire et consciente de la loi particulière sur les stupéfiants.

L'usage de drogue et la toxicomanie qui peut en découler consistent donc alors en une attitude active et en partie responsable, ayant des déterminants psychologiques et sociaux très variables d'un individu à l'autre.

Dans ce contexte d'usage de drogue, des difficultés peuvent se manifester à un moment donné, généralement lorsque la place que prennent les psychotropes dans la vie du sujet devient telle que sa vie socio-affective s'en trouve fortement perturbée, ou encore lorsque la drogue, prise dans un premier temps comme automédication d'une difficulté à être, ne fait plus effet.

On pourrait alors considérer la toxicomanie comme une maladie du lien, où l'individu se trouverait lié de façon excessive à un ou plusieurs produits psychotropes, entraînant un handicap important à être en relation avec autrui. Il est d'ailleurs probable que pour bon nombre d'usagers de drogue qui se sont laissé entraîner dans un tel lien omnipotent, la prise de drogue ait été au départ un moyen de se protéger ou d'échapper à un lien affectif perçu comme trop dangereux ou trop menaçant.

La demande d'aide du toxicomane peut être vue comme une tentative de refaire lien avec un tiers, avec quelqu'un d'en dehors de la drogue qui ne le jugerait pas mais viendrait se placer entre lui et cette drogue.

Pour pouvoir tenir cette position sans être confondu avec la Loi, il est essentiel d'ouvrir le cadre de la relation qui s'engage de manière aussi large que possible, et de ne pas se référer à une loi symbolique mais bien à un ensemble de règles qui sont à négocier avec l'individu en vue d'un objectif défini en commun.

Cette négociation est essentielle et doit rester possible à tout moment de la cure. Elle permet de redonner une place et un pouvoir relatif à un individu qui, jusqu'à présent, n'avait été confronté qu'à l'arbitraire tout puissant de la Loi ou à celui, tout aussi puissant, du psychotrope dont il est dépendant.

On pourrait ainsi considérer que le traitement d'un toxicomane passe par une reconquête progressive de l'indépendance vis à vis de l'usage compulsif ou pharmaco-dépendant de produits psychotropes et par la possibilité de recréer des liens avec autrui.

Ce cheminement peut durer des années, voire une vie entière, et n'aboutir que partiellement, c'est-à-dire aboutir à des dépendances partagées. Pour que ce cheminement puisse se produire, la parole et le désir du sujet doivent pouvoir interagir librement au sein d'un cadre thérapeutique où la norme serait le résultat d'un compromis, d'une interaction et de discussions autour des contraintes sociétales et existentielles, plutôt que celui d'une Loi verticale et immuable.

On rattache cependant quelquefois la toxicomanie à ce que D. Winnicott¹ appelait la tendance antisociale. Winnicott associait cette tendance aux déprivations dont, enfant, le sujet aurait été l'objet dans sa relation à sa mère. C'est cette déprivation qui entraînerait des comportements tels que le vol ou le mensonge.

Lorsque le sujet antisocial vole, ce n'est pas parce qu'il désire ce qu'il vole, mais bien parce qu'il réclame à sa mère et son père ce dont il estime avoir été lésé. Si la toxicomanie peut entrer dans le tableau clinique du sujet antisocial, elle n'en est sûrement pas un élément essentiel, mais bien un facteur surajouté même s'il est parfois mis à l'avant plan pour tenter de justifier des conduites violentes ou délinquantes.

L'enfant déprivé est perpétuellement confronté à un vécu agonistique et il organise ses relations à l'autre sur un mode mortifère ou celui qui l'emportera sera celui qui sera le plus à même de supporter l'angoisse de la mort.

Les échanges avec l'Autre s'organisent autour de l'échange constant de dommage et non pas d'un en plus de plaisir comme le rappelle Bernard Duez dans un récent article sur le Pouvoir². La relation de violence qui en découle se fait alors souvent selon la loi du talion "œil pour œil" "dent pour dent" et le principe d'autorité est voué à une escalade en miroir où l'intrusion de l'autre ne fait qu'accentuer le vide intérieur vécu comme persécuteur.

La tendance antisociale n'est pas un diagnostic, elle peut se retrouver dans tout type de personnalité et à tous les âges. Cette tendance dont l'origine se retrouve dans l'enfance est encouragée par la place de hors la loi et de marginal qui est dévolue au toxicomane.

Ceci me semble une raison supplémentaire pour que le cadre thérapeutique offert aux toxicomanes soit aussi large que possible et que leurs demandes ou leurs façons d'être rencontrent une attitude ouverte à la négociation plutôt que nos exigences d'un cadre immuable.

Les demandes d'aide proférées selon un mode revendicateur et les mises à mal que certains patients feront vivre au cadre reflètent en fait leur idéation mortifère et doivent être comprises comme une défense face à l'effondrement intra-psychique.

Les réponses à cette attitude peuvent se faire dans trois directions :

¹ Donald Winnicott in *Déprivation et délinquance*, Bibliothèque scientifique Payot

² Bernard Duez in *Un destin de Thanatos : la relation du pouvoir*, Cahiers de Psychologie Clinique, n°10

- L'escalade de la violence qui se terminera éventuellement par la contention ou l'enfermement du patient, forme de bannissement de la société qui correspond bien au désir de mort du sujet ;
- Le rejet et le renvoi à sa marginalité et son asocialité ;
- La troisième alternative, la seule réellement constructive, consistera à tenter de désamorcer le discours revendicateur par un dialogue où pourront s'expliquer les déterminants de la demande et les offres de soins possibles.

Cette approche clinique, même si on la définit souvent par un bas niveau d'exigence, se caractérise surtout **par un haut niveau d'attention** à ce que ressent le patient dans l'Ici et Maintenant.

Cette approche se réfère à ce que Jean de Munck³ appelle le modèle rationnel négocié.

La norme y apparaît comme la cristallisation de la rencontre de plusieurs registres de normativité dont la définition résulte d'une intervention, négociation, discussion, entre les destinataires mêmes de la norme. C'est là une approche dont ni la médecine, ni même la psychiatrie, ne sont très familiers. C'est pourtant celle qui me semble la plus à même de mener le sujet dépendant à un peu plus d'indépendance.

³ Jean de Munck in *Les mutations du rapport à la Norme*

Réflexions sur une pratique quotidienne de soins infirmiers au Centre Méthadone des Ardennes dit « à haut seuil »

Bruno RESSUCHE, Charleville-Mézières

Préambule :

« Les institutions pour toxicomanes imposent aux demandeurs de soins un contrat... Ce contrat type introduit la question paradoxale de l'abstinence, paradoxe dans la mesure où il s'agirait d'imposer au patient de « guérir » ou, tout au moins, de faire taire son symptôme comme condition préalable au début de son traitement »¹

Ainsi, Eduardo Vera Ocampo soulevait, il y a quinze ans, le paradoxe suivant :

« Le préliminaire, condition sine qua non à tout traitement médical de l'héroïnomanie et de sa toxicomanie dans une institution, est la sacro-sainte abstinence aux opiacés ».

Dix ans plus tard, la substitution de l'héroïne par diverses molécules dont le chlorhydrate de méthadone aura permis de dépasser ce contre-sens puisque le sevrage aux opiacés ne sera généralement plus envisagé qu'au terme d'une prise en charge de longue haleine. La dépendance est maintenue. Elle est même multiple comme nous le verrons plus loin.

I. INTRODUCTION

Dans un programme de substitution de l'héroïne par la méthadone, l'Objet médical et positif « méthadone » se substitue à l'Objet illicite et funeste « héroïne » avec une aisance plausible puisqu'il s'agit là du désir du patient, désir qu'il exprime au cours des premiers entretiens dans un véritable plaidoyer qui ne relève pas toujours que du discours de conformité. Lorsque l'on parle d'« abstinence » à l'héroïne, il s'agit bien là d'une abstinence à proprement dit, au sens étymologique de « maintien à distance », dudit produit². On pourra d'ailleurs emprunter à l'Alcoologie le terme de Non-Usage Secondaire.

Il est, du reste, bien précisé au futur patient que ce programme vise, à terme, l'abstinence définitive aux opiacés, y compris à la méthadone et qu'il s'agit notamment de faire des choix douloureux, des deuils ou, plus exactement, des mises à distances dont celle de l'Objet « Drogue ». Il y aura, non pas disparition de l'Objet et deuil imposé conséquentiel, mais maintien à distance consciente, volontaire et douloureuse de ce qui fut l'Objet de plaisir, de désir et de besoin.

Le désinvestissement de l'Objet pluricéphale « héroïne - mode de vie lié à l'héroïnomanie » se fera au profit de l'investissement dans l'Objet substitutif « chlorhydrate de méthadone - programme méthadone ». Ce désinvestissement - investissement sera facilité par le biais de la dépendance, d'une certaine inféodation au cadre de soins mis en place.

Ainsi, dans la plupart des cas, le sujet acceptera la Loi du Contrat de Soins qui établit un véritable cadre « surmoïque » et donc protecteur. Pour d'autres sujets à la personnalité moins marquée par des traits d'immaturation et de dépendance, le terme de concordat ou de compromis de soins correspondra plus à la réalité.

Cependant, dans tous les cas, le substitut ne sera pas tant la méthadone que ce cadre de soins dans la dimension de ses éléments multiples dont l'équipe pluridisciplinaire

¹ Eduardo Vera Ocampo, Docteur en psychopathologie. Psychanalyste. 'L'envers de la toxicomanie' Editions Denoël

² Dictionnaire étymologique Larousse.

organisée en réseau et, bien sûr, le sirop de chlorhydrate de méthadone, arbre qui ne cache la forêt (le cadre) que dans l'imaginaire des profanes.

D'ailleurs, à ce propos, l'équipe du centre sera souvent amenée à rencontrer certains membres de l'entourage du patient, à la demande de ce dernier, pour expliquer que « la méthadone, même si elle maintient la dépendance aux opiacés, à condition qu'elle soit prescrite et prise en quantité nécessaire et suffisante, à heure fixe, en une fois et en l'absence de toute prise parallèle d'autre(s) Substance(s) PsychoActive(s) non prescrite(s), dans le cadre d'une prise en charge globale, n'a rien de comparable à une drogue ! ».

II. LA MULTIPLICITE DES RENONCEMENTS

Certes, il s'agira de maintenir à distance l'Objet « héroïne » mais pas seulement.

Les mises et maintiens à distance seront multiples.

- Il faudra également renoncer à l'Acte de se droguer, à la conduite addictive dans sa dimension comportementale à proprement parler avec ses rituels.
- Il faudra renoncer aux cordons tramés avec la communauté toxicomane qui n'acceptera pas si facilement la perte d'un de ses membres. La pression du groupe et les stratagèmes mis en jeu pour récupérer ce transfuge seront intenses.
- Il faudra renoncer au comportement d'évitement de la douleur psychique, au « recours prévalent à l'agir au préjudice de l'élaboration, à la production de sensation corporelles au détriment des émotions »³, au repli sur soi, à la « défonce-refuge » et affronter son désarroi, braver ses propres angoisses existentielles, structurelles et/ou réactionnelles.
- Il s'agira enfin de se tourner vers un passé douloureux, d'ouvrir les yeux, de regarder et de voir, au-delà du mirage, sans se laisser aveugler par la lumière, grâce à un accompagnement psychothérapeutique qui fera soin et, par étayage, conditionnera le devenir du sujet.

III. LA MULTIPLICITE DES SUBSTITUTS ET DES DEPENDANCES MAINTENUES

Dans la substitution par la méthadone, il s'agit de substituer :

- L'héroïne ou la Buprénorphine Haut Dosage faisant l'objet d'un mésusage, par le chlorhydrate de méthadone,
- La drogue par le médicament,
- Le réseau marginal par le réseau de professionnels,
- L'illégal par le légal,
- Le frelaté par le pur,
- L'injectable par la voie orale,
- Ce qui fait « défonce » par ce qui supprime le manque,
- La multiprise par la prise unique.

On peut également se demander dans quelle mesure le cadre de soins se substituant avantageusement à l'héroïnomanie, il se substitue de façon corollaire aux images parentales.

« C'est du côté de la constitution des images maternelles, que le sujet s'est construit dès sa plus tendre et plus dure enfance, que se trouvent des éléments de réponse ... (à sa toxicomanie)... On pourrait souligner chez ces sujets une oralité sans fin, sans faim ... Il s'est agit d'un maternage déstructurant ... qui n'aurait tenu compte que des besoins physiologiques du bébé et qui aurait par un déni massif occulté toute dimension de plaisir. On n'a jamais vu un bébé ne dépendre que du lait. C'est la manière dont celui-ci est offert

³ Michel Reynaud, *Psychiatre. Professeur des universités. Praticien hospitalier. Revue THS. 1999*

qui conditionne la qualité de la relation et de l'individuation. Plus que jamais manque au toxicomane « une mère suffisamment bonne » pour reprendre l'expression de Winnicott. Il manque une image maternelle suffisamment rassurante, permettant de concilier et d'articuler intérieur et extérieur... Lorsque ce biberon si particulier que le sujet s'est construit ... devient tout aussi insatisfaisant et dangereux que la mère à laquelle il était venu se substituer ... c'est le moment de la demande de soins. »⁴

« Le manque d'amour ou la rupture avec un amour excessif ressenti comme destructeur, suivi d'un vide, représente une des causes d'entrée dans la toxicomanie ... certains sujets cherchent désespérément à combler leur manque par une dépendance à un substitut de mère ou de père. »⁵

« L'abstinence ne règle pas le problème de la dépendance »⁶.

IV. LE CENTRE METHADONE DES ARDENNES, RAPPEL HISTORIQUE

En août 1998, le Centre Méthadone des Ardennes (CMA) a ouvert ses portes pour répondre aux objectifs établis par les circulaires de Mars 1995 et Avril 1996 de la Direction Générale de la Santé.

De Août 1998 à Décembre 2000, le CMA a fonctionné du lundi au vendredi, de 09h00 à 13h00.

Le Centre méthadone bénéficiait alors de quatre vacations médicales hebdomadaires et d'un poste infirmier à mi-temps. L'équipe du CMA était constituée de :

- Monsieur le Docteur C. PENALBA, médecin responsable
- Monsieur le Docteur JC. PAGIN, médecin vacataire (2 vacations)
- Monsieur le Docteur S. PELISSERO, médecin vacataire (2 vacations)
- Monsieur B. RESSUCHE, infirmier DE référent (1 poste à mi-temps)

Ces moyens peu importants ne permettaient la prise en charge que de 25 patients. La réponse aux demandes de traitement était donc inappropriée et une liste d'attente avait dû être constituée.

A compter de Janvier 2001, le CMA a bénéficié de six vacations médicales hebdomadaires et le mi-temps infirmier a été transformé en un poste à plein temps.

L'équipe est restée inchangée.

L'élargissement des moyens du CMA a donc permis la prise en charge d'un nombre croissant de patients jusqu'au seuil actuel de 75 personnes.

Ce nombre semble constituer un plateau puisqu'il reste pratiquement inchangé depuis plusieurs mois indépendamment d'une quelconque volonté de limitation de la part de l'équipe du CMA. On peut donc estimer que les moyens humains dont dispose le CMA lui permettent de répondre à la demande locale.

Il faut rappeler qu'au sein du CMA, toutes les décisions sont collégiales et qu'il fonctionne en réseau, en partenariat avec l'AAST * qui assure le suivi psychologique des patients, les Assistantes sociales de secteurs, les médecins et pharmaciens de ville, l'ELT08 ** et avec d'autres institutions ou professionnels locaux, d'une manière satisfaisante.

* AAST : Association d'aide et de Soins aux Toxicomanes.

** ELT08 : Equipe Liaison Toxicomanie des Ardennes.

⁴ Pierre Zanger. *Psychiatre. Revue THS. 09/2000*

⁵ Jean-Jacques Déglon. *Médecin directeur de la fondation Phénix, Genève. Revue La cène. 04/2000.*

⁶ Alain Rigaud. *Psychiatre. DU SPA et conduites addictives. CHU Reims. 2002.*

V. LE CONTRAT DE SOIN

Contrat d'engagement dans le Programme Méthadone

Vous avez rencontré l'infirmier référent, puis les médecins du CMA, le médecin du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit et le médecin psychiatre de l'AAST pour une évaluation médico-psycho-sociale globale.

A partir de cette évaluation, la Commission Technique accepte votre adhésion au programme méthadone.

Ce protocole répond aux objectifs établis par le Ministère de la Santé (circulaire N° 14 du 17/03/95)

La prise en charge médico-psycho-sociale a pour but d'élaborer à terme une vie sans dépendance, y compris à la méthadone.

L'adhésion au programme méthadone CMA est une démarche volontaire avec acceptation des contraintes de cette prise en charge.

- vous êtes volontaire,
- vous êtes dépendant aux opiacés naturels et/ou de synthèse depuis plus de deux ans,
- vous avez tenté sans succès une ou plusieurs cures de sevrage ou de substitution,
- vous n'êtes pas engagé dans un autre programme méthadone.

La méthadone est un opiacé de synthèse et maintient donc la dépendance aux opiacés.

Il y a absolue nécessité d'observance des contraintes du traitement.

L'association méthadone-médicament(s) psychotrope(s) est dangereuse.

Votre médecin traitant doit être informé de votre adhésion au programme CMA.

Seule l'équipe du CMA est habilitée à modifier le dosage de méthadone.

Vous vous engagez à respecter toutes les contraintes du contrat thérapeutique :

Entretiens sur rendez-vous

- avec l'infirmier du CMA
- avec les médecins du CMA
- avec un psychothérapeute

Respect des lieux, de l'équipe et des autres patients,

Vous vous engagez à avoir, dans le centre, un comportement correct. Pas d'arme, de violence, de provocation, de manipulation ou de détournement

Abstinence de drogues y compris de cannabis

Abstinence de médicament non prescrit

Rappel: votre attention est attirée sur le fait que l'intoxication alcoolique aiguë est une contre-indication à la prescription et/ou à la délivrance de méthadone.

Durant le premier trimestre de soins, il ne sera pas accepté d'entrave au contrat, qu'elle qu'en soit la raison.

Lorsque vous observerez une parfaite adhésion au contrat de soins, L'équipe du CMA pourra décider d'une délivrance tous les deux, trois, puis sept jours.

Par la suite, dans un délai moyen de 6 à 18 mois, la délivrance puis la prescription de méthadone pourront avoir lieu en ville auprès de vos pharmacien et médecin traitant, en partenariat avec le CMA.

La délivrance de méthadone a lieu sur rendez-vous du lundi au vendredi pendant les heures d'ouverture du CMA.

Le sirop de méthadone est absorbé sur place.

Pour les week-end et jours fériés, vous recevrez une dotation de méthadone et devrez ramener les flacons vides au centre.

Une carte de méthadonien vous sera délivrée tous les trois mois. Elle sert d'information médicale en cas d'accident notamment de la voie publique.

Vous êtes tenu de vérifier la quantité de méthadone qui vous est délivrée.

Vous êtes responsable de son bon usage, même en cas de vol ou de perte.

L'interruption du contrat intervient :

- par accord entre vous et l'équipe du CMA,
- par arrêt volontaire de votre part,
- par une exclusion temporaire de trois, sept jours ou définitive pour non-respect du contrat de soin.

L'équipe du CMA est constituée de :

*Monsieur le Docteur Jean-Christophe PAGIN, médecin du CMA,

*Monsieur le Docteur Serge PELISSERO, médecin du CMA,

*Monsieur Bruno RESSUCHE, infirmier DE du CMA.

L'équipe de psychothérapeutes du CAST 08 est constituée de :

*Madame le Docteur Louisa GATER-LEGRIS, médecin psychiatre,

*Madame le Docteur Claudine STOEFFEL, médecin psychiatre,

*Madame Brigitte HATAT, psychothérapeute,

*Madame Emmanuelle ROCHE, psychothérapeute,

*Monsieur Pierre VAUCHELET, psychothérapeute,

Pour la commission technique,

L'intéressé(e)

VI. LE PREMIER ENTRETIEN

On met souvent l'accent sur le premier entretien. Il est, dans l'imaginaire collectif, capital voire décisif et verbalisé comme tel : « La première impression est la bonne ! ».

L'impression devrait-elle être la bonne pour le soignant « Tout Puissant » qui, expert en toxicomanie, aurait la capacité de mesurer, d'apprécier, de juger le devenir du patient ?

L'impression devrait-elle être la bonne pour le prétendant aux soins qui, à l'exposé du protocole de soins par un des soignants, apprécierait simultanément le professionnalisme de son interlocuteur et l'efficacité future de ce processus de soins relatif à son propre trouble ?

Ou bien l'impression devrait-elle être la bonne pour ces deux protagonistes qui verraient, dans les premiers instants de cette relation duelle, les dés jetés ?

L'expérience acquise au cours de la pratique dément bien souvent cet adage.

Le discours du patient fluctue en fonction de la réputation du centre, conséquences des pratiques internes, des convictions et de la personnalité des intervenants. Mais aussi et surtout, cette réputation se forge par le ressenti des patients ou ex-patients « méthadoniens », ceux-là même qui traduisent le « dogme » des intervenants à la lumière de leur propre expérience, créent et colportent les préjugés.

« ... La rumeur se charge de répandre au sein des communautés d'usagers de drogues l'information en feed-back sur ce qui attend le candidat, sur les réponses les mieux accueillies ... et comme par enchantement, après un temps d'adaptation, l'institution ... se réjouira de voir arriver des candidats adaptés à ce qu'elle s'apprête à accueillir ... »⁷

Le premier entretien peut être de type séducteur, catastrophiste et/ou conflictuel. Il n'est en tous cas jamais neutre.

Dans ce dernier cas de l'entretien conflictuel, un des rôles du soignant sera de désamorcer l'agressivité verbale du sujet et de faire que naisse de cet entretien une relation qui pourra évoluer vers l'alliance thérapeutique.

Coté patient, c'est souvent le désarroi et l'anxiété qui dominent. Son admission dans le programme sera-t-elle effective ? Combien de temps devra-t-il attendre avant de bénéficier du traitement de substitution ? Va-t-on, comme ce fut souvent le cas dans son long passé de toxicomane, lui demander de parler de lui, d'évoquer de douloureux souvenirs ? Quel jugement portera-t-on sur sa conduite ?

Coté soignant, il est important de n'accorder aux apparences qu'une importance relative en tant qu'elles ne sont qu'une façade, le travestissement d'une personnalité escamotée par le sempiternel « Je suis toxicomane », le fameux « El Khôl »

Le professionnel, au début de sa pratique, peut se dire « voilà un junkie ... ou ... voilà une personne qui n'a pas du tout l'aspect classique du toxicomane, il paraît bien portant, voire un peu ventripotent ... ou ... il vient pour échapper à la justice, c'est un antisocial ... ou ... il relève plutôt de la psychiatrie ... ou ... il ne vient que pour la gestion du manque, c'est perdu d'avance, il ne tiendra pas ... ou ... voilà un candidat idéal ! »

Souvent, le recul désavouera cette fameuse première impression fondée sur un « look », une agressivité défensive, une attitude induite par les SPA, un discours type et tendra à prouver que, **au-delà du fard, la motivation est souvent bonne à construire** car, derrière le Verbe, quel qu'il soit, se taisent d'autres desseins.

Plus précisément, ce qui est d'emblée étiqueté comme la motivation fondamentale n'est parfois que le facteur déclenchant d'une démarche échappatoire (à la justice, à l'entourage ou tout simplement à la galère, voire à soi-même).

La motivation réelle, si elle existe, reste confuse, au moins dans un premier temps, même et parfois souvent, surtout pour le sujet lui-même.

⁷ Jean-Pierre Jacques. *Psychiatre. Congrès THS 5. Revue le Flyer. 2001.*

Il incombe au soignant, par le biais de la fameuse alliance thérapeutique, d'aider le Sujet à se construire au travers d'une motivation qui viendra dans un second temps.

Quelques discours ordinaires

Le discours séducteur: « **Bonjour, je viens vous voir parce qu'on m'a dit beaucoup de bien du centre et surtout de vous...** ».

« Aidez moi »: « Je n'en peux plus, je suis trop mal dans ma tête, il faut que vous m'aidiez, ici et maintenant... ».

« Je suis toxicomane »: Voilà qui peut s'apparenter à un mutisme notoire. Ce « je suis toxicomane » peut signifier « je ne sais pas qui je suis » ... ou ... « je ne tiens pas à dire qui je suis » ... « mon totem est la drogue » ... « Je ne veux ou ne peux pas parler mais je vous présente ce que je désigne comme un vice et qui vous apparaîtra comme une maladie, la Toxicomanie ! Faites votre travail de soignant, donnez-moi de la méthadone et restons en là ! ... ».

Le Chantage aux soins: « Je viens m'inscrire dans un programme méthadone, voilà deux jours que je ne prends presque plus rien, je suis physiquement très mal mais très motivé, aujourd'hui ! Alors donnez-moi de la méthadone aujourd'hui ! Je vous promets que je vais me soigner ... Rassurez vous ... je vais vite guérir ! Comment, vous ne me donnez rien ? vous me laissez en manque ? On voit bien que vous ne savez pas ce qu'est le Manque. Votre devoir est de me soigner ! Vous savez, je vais sortir d'ici et aller chercher de l'héroïne. Ça sera de votre faute, vous porterez cette responsabilité ! ... ».

Le Discours de conformité: « Je veux arrêter de prendre de l'héroïne, me soigner, être bien dans la vie, travailler, avoir des enfants, comme tout le monde quoi ! ... ».

L'usager de drogues s'attend-il à fasciner par son statut auto proclamé de toxicomane ? à intimider ou à attendrir par son chantage ? à satisfaire l'attente de son interlocuteur par son discours de conformité ?

Il va s'agir de dépasser ce discours de façade pour entendre un autre message.

VII. L'ACCUEIL

L'accueil se doit d'être compréhensif et particulièrement respectueux.

Le centre de soins doit être un lieu, un espace-temps où le respect vis à vis de l'autre mais surtout de soi-même doit être prégnant. C'est la condition sine qua non d'une possible reconstruction de l'identité du sujet.

En effet, un vécu humiliant face auquel le sujet s'est retrouvé impuissant a souvent fait naître un sentiment de honte, de culpabilité, de dépréciation, de mésestime de soi. Oter le psychotrope qui permettait de taire cette souffrance psychique grâce à ce monde de l'illusion impose une attitude à l'opposé de celle du rejet, du mépris, de l'exclusion.

C'est ainsi que le terme d'inclusion dans le programme de soins prendra toute sa signification.

Si l'empathie est de rigueur, un certain détachement, une certaine neutralité reste cependant de mise.

Le temps doit être donné au sujet pour exprimer sa demande première.

Le temps doit être pris par le soignant pour entendre cette demande.

Ce qui apparaît alors généralement est « l'envie de sortir de la galère ».

Galère financière, galère judiciaire avec parfois une comparution prochaine ou une peine à effectuer, galère professionnelle avec perte d'emploi imminente ou effective liée à l'absentéisme, galère du temps fractionné passé à courir à la rencontre une héroïne dont la qualité s'amoinerait avec le temps, perte de contact avec le dealer, galère affective avec rejet par la famille ou menace de rupture de la part du conjoint.

Sans oublier ce que j'appellerai la galère du mésusage

« Mon médecin rechigne à me prescrire du Subutex® que je sniffe ou que j'injecte. Mes veines sont dans un état ... de toute façon, je ne supporte pas le Subutex®, ça ne me fait rien et ça me rend malade !... ».

« Je prends de la méthadone acquise dans la rue mais je continue à prendre de l'héroïne en parallèle. Seul, je n'arrive pas à m'arrêter !... »

La situation géographique des Ardennes permet un approvisionnement aisé en méthadone prescrite et délivrée en Belgique ce qui donne parfois à entendre :

« Je prends de la Méthadone en Belgique (à la quinzaine ou au mois) depuis plusieurs mois mais ça ne m'empêche pas de consommer de l'héroïne en parallèle puisque mon médecin prescripteur n'évalue l'efficacité du traitement qu'en fonction de mon discours. Lorsqu'il veut un contrôle urinaire, il me donne un flacon que je dois ramener plein la fois suivante. Il m'est alors facile de substituer mes urines par celles de quelqu'un d'autre ».

VIII. ANONYMAT ET RECHERCHE D'IDENTITE

Si, au cours du premier entretien, l'anonymat est garanti au futur patient, il ne s'agit là que de l'anonymat vis à vis des administrations et dans le cadre du secret professionnel, bien entendu. Le patient doit s'entendre nommé, non pas par un code, non pas comme toxicomane, jamais comme toxicomane mais par ce qui le définit comme individu d'un point de vue identitaire, par ses nom et prénom, dans le cadre du respect déjà évoqué. Ceci peut paraître aller de soi ou être sans grand intérêt. Il s'agit là au contraire d'une dimension essentielle du soin dont la portée est conséquente.

Au sein de ce monde de la toxicomanie qui est paradoxalement celui du bavardage et du silence sur soi à l'autre, le sujet a adopté une identité totémique tribale. Il n'y est notamment désigné presque systématiquement que par un surnom. « Le leurre du groupe est de chercher à supprimer la solitude et l'angoisse en supprimant l'individualité et la différence »⁸. Ainsi donc, au-delà du produit héroïne, ce sont d'autres aspects de cette conduite addictive qui focalisent l'attention des soignants :

- **Appartenance à un groupe**

C'est le néotribalisme avec adoption psychiquement économique d'une identité fantasmatique.

- **Tentative inconsciente d'autothérapie.**

« Qu'ils stimulent, euphorisent ou anesthésient, tous les psychotropes aident à abaisser ou à gérer les tensions intrapsychiques »⁹.

« Deux grandes études du CNRS (1999) ont mis en évidence des taux importants d'abus de drogues chez les malades psychiatriques (entre 25 et 30 %) et des taux encore supérieurs d'usagers de drogues présentant des pathologies psychiatriques (50%, voire plus) »¹⁰

« Avec l'héroïne, je n'étais plus timide et je pouvais aller vers les autres, notamment les filles »¹¹.

« L'héroïne me calmait, me rendait moins impulsif, me permettait d'éviter les embrouilles »¹².

⁸ Nadia Panunzi-Roger. Docteur es psychologie. *Le toxicomane et sa tribu*. DDB

⁹ Nadia Panunzi-Roger. Docteur es psychologie. *Le toxicomane et sa tribu*. DDB.

¹⁰ Sue M. Barrow. *Groupement de Recherche psychotropes, politique et société*, CNRS N°3. 1999. *Revue SWAPS* N° 16. 2000

¹¹ *Paroles de « méthadoniens*

¹² *Paroles de « méthadoniens »*

« Le manque me vide de partout, l'héroïne me donnait la sensation de remplissage, d'être comblé »¹³.

« Se remplir d'un contenu, en tant que contenant qui éprouve un vide, donne une contenance. » Jean MAISONDIEU

- **Aspect comportemental des conduites addictives, l'Addiction.**

« L'objet de l'addiction ... est la répétition de séquences comportementales ... soutenues par un désir irréprensible ... l'acte est le lieu de réalisation d'une impression de toute puissance artificielle et complaisante à laquelle succèdent rapidement culpabilité et regret ... »¹⁴.

« L'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et/ou de soulager un malaise intérieur. Il se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».¹⁵

« Le terme d'addiction désigne un comportement de dépendance, que ce soit vis à vis d'un produit ou d'une action spécifique ».¹⁶

« On appelle conduites addictives les addictions à un ou plusieurs produits toxiques ».¹⁷

« La notion d'addiction réduite à la perte de contrôle élimine la fonction identitaire de la conduite, donc de l'appartenance au groupe, donc des troubles narcissiques sous-jacents ».¹⁸

- **Le Rituel** qui consiste en une stratégie d'évitement de penser et qui situe la personne en dehors du rapport d'altérité, l'objet prenant valeur d'identité.

« Le signe rituel n'est pas un signe représentatif. Il ne mérite donc pas l'intelligence. Mais il nous délivre du sens. Seul le rituel abolit le sens ».¹⁹

IX. LES PREMIERS JOURS DU PROGRAMME METHADONE

C'est le temps de la rencontre entre un corps qui sort de sa stupeur et d'une âme écorchée qui se manifeste au travers de lui. C'est le temps des plaintes somatiques.

C'est aussi le temps où, à partir d'une rencontre, va naître une relation.

Une à deux semaines sont nécessaires à l'équilibrage du traitement, à une biodisponibilité optimale. Il faut évaluer la part du manque physique, du manque psychique, du désir encore présent de s'enivrer. Lorsque le traitement sera équilibré va naître une période « lune de miel » pour le patient. Au bout de quelques semaines, lorsque le produit méthadone ne constituera plus Le Sujet de Conversation par excellence, lorsque les problèmes sociaux seront en bonne voie de résolution grâce à une orientation ciblée vers les partenaires concernés, ce sont les problèmes intimes qui réapparaîtront et mettront fin à cette période de quiétude.

Lorsque le sujet aura refermé la parenthèse sur cette période de conduites addictives, les problèmes psychosociaux et/ou psychiatriques restés plus ou moins en suspens resurgiront.

« Un toxique bloque l'évolution salvatrice d'une dépression ... Le manque de la dépendance a permis de combler le manque structurel antérieur ... Le soin du manque de la dépendance fait resurgir le manque structurel antérieur. »²⁰

Le patient entrera alors dans cette période fragile où les doutes et les angoisses l'assailliront de plus belle. A ce moment, l'accompagnement facilité par la confiance en l'équipe soignante se devra d'être plus rassurant, plus « recouvrant ».

Dans le meilleur des cas, viendra le temps, pour le sujet, de la prise de conscience de la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique plus soutenue à laquelle il adhèrera pleinement.

¹³ Paroles de « méthadoniens »

¹⁴ Marks, *Behavioural addictions*

¹⁵ A. Goodman, 1990

¹⁶ Philippe Jaury, *Revue THS*

¹⁷ A. Rigaud, *opere citato*

¹⁸ Lionel Gibier, *Psychiatre. Revue INTERVENTIONS, ANIT. 03/2002*

¹⁹ Jean Baudrillard, *De la séduction. L'horizon secret des apparences. Denoël.*

²⁰ A. Rigaud, *op. cit.*

X. LES EXCLUSIONS

Si le pragmatisme me fait employer le terme « exclusion », il s'agit en fait de l'ajournement d'un traitement dont l'efficacité se délite parfois dans le temps à l'image de la motivation du sujet lorsque ce dernier reproduit la conduite addictive qui l'avait amené à consulter. La majorité des postulants au programme méthadone nous tiennent à peu près ce langage : « Je viens pour le cadre, notamment les contrôles urinaires avec risque d'exclusion. Il n'y a que cela qui puisse me tenir !... ». Un tel discours correspond parfaitement à l'opinion de l'équipe soignante et on est d'ailleurs en droit de se demander s'il s'agit là de propos sincères ou d'une manipulation induite par la réputation du centre.

Se poser ce type de question ne doit pas faire réapparaître le spectre du toxicomane manipulateur. Après cinq années de pratique au sein du CMA, ce qui est encore trop peu, je dirai ma surprise de côtoyer des hommes et des femmes somme toute globalement sincères, en mal de vivre et très désireux de sortir de cette spirale qu'ils qualifient d'inférieure.

Les personnes antisociales mises à part, je suis toujours étonné de voir avec quelle sérénité les patients exclus pour prises répétées d'héroïne accueillent l'annonce de leur exclusion temporaire ! A tel point que je me suis souvent demandé si ces ajournements de traitement n'étaient pas des cartes blanches pour une consommation sans retenue.

Je pense plutôt que, si un patient est en accord avec cette décision de l'équipe soignante, c'est qu'il a conscience d'avoir enfreint à plusieurs reprises le contrat de soins, d'avoir franchi les garde-fous pour tester les limites du cadre et/ou à l'occasion d'appétences irrésistibles et que la « sentence » marquera une nouvelle période d'abstinence.

Les patients diront :

« Il fallait bien que cela s'arrête mais je n'en avais pas la force ! Je comprends mieux maintenant que cette exclusion n'était pas tant une mesure coercitive qu'une nouvelle confrontation à la Galère. Avec le confort de la substitution, j'avais tendance à oublier la galère d'antan. En une semaine, j'ai dépensé mes économies, je me suis bien pris la tête avec mon entourage, j'ai vraiment galéré. Je suis à nouveau motivé ».

Il faut ajouter que cette méthode a prouvé son efficacité dans le temps. Cette résignation du sujet à accepter l'interruption temporaire d'un traitement qui montre les limites de son efficacité, si elle atteste de sa soumission à la Loi du Cadre de soins, démontre t-elle l'immaturation du patient qui subit la Loi certes castratrice mais également protectrice, salvatrice ?

Est-elle, au contraire, le signe d'une maturation du sujet qui se responsabilise et admet donc plus facilement les conséquences de ses actes dans un souci d'honnêteté ?

Ou bien encore n'est-elle que l'écho passif de la « Toute Puissante » des soignants ?

S'il n'est pas question de parler de « Toute Puissance » de l'équipe soignante (ce serait en effet une erreur, voire une faute professionnelle) on peut malgré tout évoquer celle du cadre dont le contrat de soin qui a été ratifié au départ par le patient après une discussion ouverte. Si, en général, les patients ont une personnalité marquée par certains traits de dépendance et d'immaturation, on est en droit d'attendre que leur cheminement cadré soit évolutif.

Ainsi, les prises ponctuelles de SPA ne signent pas l'échec du traitement mis en place mais témoignent plutôt d'une progression marquée par des écueils.

L'évolution du patient dans le temps l'amène indubitablement à une certaine maturation, aboutissement concret d'épreuves douloureuses, de confrontations à la réalité dont il ne peut plus faire l'épargne.

XI. LES CONSOMMATIONS DE CANNABIS, D'ALCOOL, DE BENZODIAZEPINES

De nombreuses études sur la prévalence des consommations d'alcool et/ou de cannabis chez les patients traités par la méthadone montrent qu'une forte proportion de ces patients maintiennent ou s'orientent vers ce type de consommation de SPA.*

On peut raisonnablement supposer que cette recherche d'ivresse alcoolique et/ou cannabique se substitue à celle induite précédemment par l'héroïne. Là encore, il s'agit d'une recherche de sensations, d'une automédication en rapport avec des troubles psychiatriques préexistants ou induits (anxiété, troubles dépressifs, états limites, psychoses) ou d'une « défonce-refuge ».

Alors que la dépénalisation de la consommation de cannabis est d'actualité, alors qu'elle est banalisée par les médias, voire par certains politiques qui ont valeur d'autorité médicale, la prohibition pure et simple de cette consommation au sein du CMA serait vécue par nos patients comme une mesure coercitive de plus. L'élimination rapide de l'alcool ne permet pas toujours la mise en évidence d'un usage nocif et/ou à risque. D'autre part, d'autres signes (modification caractéristique du faciès) permettent la mise en évidence d'une consommation abusive d'alcool.

Si certains consommateurs sont dans le déni, la majorité de nos patients consommateurs d'alcool acceptent d'en parler sans difficulté. C'est par le dialogue, « ni trop tôt, ni trop tard », avec le temps et grâce à la prise en charge pluripartenariale que nous obtenons de certains patients qu'ils diminuent, voire qu'ils cessent leur(s) consommation(s) parallèle(s).

Les consommations de benzodiazépines sont exceptionnelles et ne s'inscrivent pas dans le temps. Elles sont souvent solutionnées par une révision temporaire à la hausse de la dotation de méthadone.

* Des taux élevés de cannabinoïdes ont témoigné d'une consommation importante de cannabis chez 63% des patients d'une Unité Méthadone du Centre Drogues et société de Créteil. Un lien positif a été démontré entre la consommation de cannabis et une symptomatologie dépressive.²¹

XII. NOTION DE SEUIL

Le mode de prise en charge des patients et les contraintes définies par le contrat de soin du CMA déterminent son seuil d'accès à la substitution.

1) Tableau comparatif des seuils d'accès à la substitution :

²¹ *Prévalence de la consommation de cannabis et de tabac chez les patients d'un Centre Méthadone. P. Hatchuel, G. Lagrue. Ann. Med. Interne. Masson . 2001.*

HAUT SEUIL		BAS SEUIL
Individualisé	prescription	standardisée
Contrôlée	délivrance	contrôlée
Contrôlée	prise	contrôlée
Oui	prise quotidienne	non
Oui	analyse d'urine	une fois
Pluridisciplinaire	équipe	de contact
évolution vers l'abstinence	objectif	réduction des risques
de soin	outil	gestion du manque

Lorsqu'en 1998, nous avons mis en place le protocole de soins et notamment le contrat de soins en vigueur au CMA, nous nous sommes prononcés pour un seuil d'accès aux soins à hautes exigences dit « haut seuil ».

Les déterminants de ce choix ont été les suivants :

2) La dimension théorique de la substitution :

La substitution pharmacologique n'est qu'un des éléments de la prise en charge des toxicomanes aux opiacés. Se contenter de ce remplacement serait limiter la toxicomanie à son hypothèse métabolique réductrice. Certes, la molécule substitutive est l'élément central mais il est essentiel de ne pas occulter les dimensions psychologique et sociale de la toxicomanie. Le dipôle prescription-dispensation du chlorhydrate de méthadone est l'élément essentiel, nécessaire mais non suffisant de la prise en charge du patient. Il doit être le pivot central d'une prise en charge globale effective. La dispensation non contrôlée des produits de substitution que sont le Subutex® en France (*) et la méthadone en Belgique constitue souvent une forme de bas seuil « sauvage », un bas seuil de mauvaise qualité dont les effets pervers connus sont :

- stockage et trafic,
- entrée dans la toxicomanie par le produit de substitution,
- risque de surdose. (liste non exhaustive).

D'autre part, l'occultation des dimensions psychologiques et sociales dans ces formes de substitution, en dehors de leurs effets pervers et même si elles constituent un amortisseur social, ne peut que difficilement permettre la sortie de la toxicomanie.

La délivrance fractionnée, les contrôles urinaires visant à vérifier l'abstinence aux opiacés et aux autres SPA qui font « défoncer », le travail en réseau avec un médecin psychiatre, un psychothérapeute, une assistante sociale, le médecin et le pharmacien de ville et avec toute autre institution ou professionnel sont indispensables, non pas à une guérison certaine du patient mais à une aide efficace visant à mettre fin à son parcours de toxicomane.

(*) Ce n'est pas la molécule BHD qui constitue le « pseudo bas seuil » inacceptable. C'est la non observance des recommandations de l'Autorisation de Mise sur le Marché (l'AMM vise plutôt un moyen ou haut seuil) dont la « ... délivrance quotidienne à l'initialisation du

traitement ... (et la) ... thérapeutique globale de prise en charge du patient, médicale, sociale et psychologique ... »²² qui en font un produit de « pseudo bas seuil ».

« Il convient de permettre à tous les patients insuffisamment stabilisés par la buprénorphine ou incapables d'en faire bon usage responsable de pouvoir accéder à un traitement à la méthadone bien contrôlé. »²³.

« L'objectif sous-jacent, dans les traitements de substitution, qui est au minimum l'arrêt de la consommation de produits illicites, ne peut intervenir favorablement que si la prise en charge est globale, pluridisciplinaire et spécifique à chaque individu. Car l'entrée dans la toxicomanie est pour chacun une histoire unique qu'il convient d'accompagner pour l'en sortir. »²⁴

« On sait, d'après une centaine d'études, pourquoi le résultat d'un traitement par méthadone peut varier considérablement : du meilleur au pire. Cela tient à deux facteurs principaux : la dose prescrite et la disponibilité et l'utilisation de soins psychosociaux. »²⁵

« Le Haut seuil n'implique pas une psychothérapie obligatoire mais un réseau ». ²⁶

3) La dimension pratique de la substitution

Les Ardennes sont sécables en cinq parties :

- Le Sud du département délimité par les villes de Rethel et de Vouziers.
- Le Centre du département qui comprend une zone de trente kilomètres autour de Charleville-Mézières, délimitée par Launois au Sud, Liart à l'Ouest, Sedan à l'Est, Bogny, Monthermé et Revin au Nord.
- L'extrême Nord du département qui comprend Fumay, Vireux-Molhain et Givet.
- L'extrême Ouest du département, au delà de Liart.
- L'extrême Est du département, au delà de Sedan.

Pour des raisons d'éloignement géographique, le CMA est difficilement accessible aux patients du Sud du département qui préféreront se déplacer à Reims dans la Marne.

Pour les mêmes raisons et surtout de par la proximité géographique de la Belgique et de par la facilité d'accès à une substitution par la méthadone non cadrée auprès des médecins libéraux de ce pays frontalier, les patients des zones extrêmes, Nord, Est et Ouest du département ne s'inscriront pas dans un protocole de soins du CMA.

En conséquence, le fait de devoir venir quotidiennement au centre pendant une première période pour équilibrer le traitement et vérifier l'abstinence à l'héroïne ne pose pas de problème majeur.

L'accès à la substitution par la BHD est commode. En pratique, même si elle n'est pas toujours efficace en terme d'abstinence, elle permet une certaine gestion du manque.

L'accès aisé à la prescription de méthadone en Belgique, si elle n'est pas non plus toujours efficace en terme d'abstinence, permet elle aussi une gestion avérée du manque.

La substitution qui s'inscrit dans une politique gouvernementale de réduction des risques est donc possible en dehors du CMA.

Ce dernier s'est donc donné comme vocation d'être le lieu à partir duquel lui et ses partenaires organisés en un réseau pluridisciplinaire mettent en œuvre les moyens d'une prise en charge globale du patient pour viser, à terme, une abstinence définitive aux opiacés.

Une meilleure connaissance des pratiques locales de substitution m'amène cependant à apporter quelques corrections à cette conception des choses.

XIII. DE L'INTERET D'UNE STRUCTURE « BAS SEUIL »

²² extrait de l'AMM de 1995 révisé le 21/01/02. VIDAL. 2002.

²³ Jean-Jacques Déglon. Revue TSH 1999

²⁴ 9^o Rencontres Scientifiques et Techniques Infirmières. Paris. 1999.

²⁵ INSERM-IFR N° 8 et CNRS-FR N° 13. Revue THS 06/2000.

²⁶ A. Rigaud, op.cit.

1) Rappel :

Le cheminement du toxicomane aux opiacés peut être résumé en un parcours comportant trois stades essentiels :

stade I : La Lune de Miel (C. OLIVENSTEIN)

Un sujet en mal de vivre rencontre un produit, l'héroïne, qui lui apporte du plaisir et/ou supprime le déplaisir. Elle calme, stimule ou désinhibe, elle « gomme les soucis » et induit une « défonce-refuge ». « Dans nos sociétés, il y a un risque accru que l'angoisse d'un sujet, au sortir de l'adolescence, se joue par le biais d'un objet »²⁷.

Homère, dans l'Odyssée dit que « l'opium éloigne toutes les peines »²⁸.

La consommation d'héroïne fait parfois, voire souvent, suite à une consommation immodérée de cannabis, notamment la journée. C'est ce qui a fait dire à une certaine époque que le cannabis amenait à l'héroïne. Le sujet non dépendant ou non conscient de l'installation des dépendances, psychique puis physique, ne trouve que peu d'inconvénients à sa consommation. La durée de cette période de centration est variable, de quelques semaines à quelques mois.

stade II : la Gestion du Manque

L'héroïne a encore ses effets que le sujet qualifie de bénéfiques (on parle d'autothérapie) mais il devient hypertolérant au produit et hypersensible au manque. Il lui faut de l'argent et du temps qui est fractionné, rythmé par la recherche du produit, la prise du produit, les effets du produit, le manque etc. Le sujet est alors étiqueté toxicomane.

Il est stabilisé dans sa recherche d'identité si tel était le cas. Apparaissent alors la violence urbaine, le deal, les vols à l'arraché, casse ou braquage, les trafics en tous genres y compris la revente et la consommation sauvage de divers médicaments psychotropes (nomadisme médical). Ce temps est celui des prises de risques, celui de l'apparition des comorbidités liées à la toxicomanie et des passages à l'acte délictueux.

« Ce n'est pas le toxicomane qui pose problème...mais le toxicomane en manque... en particulier pour la délinquance »²⁹.

stade III : La Galère

L'héroïne a envahi la vie du sujet. Il lui faut de plus en plus d'argent, de produit, les effets ne se font plus sentir et le corps se dégrade. Il est en souffrance mais s'anesthésie par le produit. Quelques mois ou années lui seront nécessaires à prendre conscience de sa perte totale de liberté. Il est pragmatique de comprendre qu'au cours des deux premières phases, un toxicomane est peu demandeur de soins liés à l'abstinence et peu demandeur de mettre en place durablement ce qui est nécessaire à l'acquiescer.

Il est impératif de tenir compte de la trajectoire et de la demande évolutive de l'héroïnomanie, ce qui impose de mettre en place différents types de prise en charge non opposés mais complémentaires, se succédant dans le temps.

« Parce que l'héroïnomanie n'a d'abord pas de demande d'arrêt, qu'il a ensuite une demande d'arrêt du manque puis une demande d'arrêt de la toxicomanie, la proposition d'abstinence ne peut être la seule réponse offerte par les intervenants »³⁰.

2) Quelques constats :

L'auto substitution via les codéinés (Néocodion®) correspond à une forme de substitution sans exigences.

Le mésusage du Subutex® :

²⁷ Charles Melleman. *Passion chimique-Passion chimérique. Psychotropes.vol.7. DBU.*

²⁸ A. Eschotado « Histoire élémentaire des drogues des origines à nos jours » Editions du Léopard.

²⁹ L. Gibier, op. cit.

³⁰ Lionel Gibier, op. cit.

- Son injection constitue un usage à risques (abcès, thrombose, possible échange de seringues) et un usage nocif à court terme (détérioration du capital veineux). Selon les diverses sources parfois aux antipodes les unes des autres (Laboratoires Schering-Plough ou association AIDES), il y aurait 7,5 à 55 % d'injecteurs de Buprénorphine Haut Dosage.³¹
- Son inhalation fait apparaître le danger d'une contamination par échange de paille.

La méthadone prescrite et délivrée en Belgique :

Comme il est décrit plus haut, l'absence de cadre peut amener une dérive regrettable. D'autre part, l'article 75 de la convention d'application des accords de Schengen rappelle la nécessité d'obtenir, auprès de la DDASS, une « autorisation de transport des stupéfiants et des substances psychotropes dans le cadre d'un traitement médical »³² pour traverser les frontières. Cette disposition n'étant pas respectée, franchir la frontière avec de la méthadone est un acte délictueux qui s'apparente à l'importation illégale de stupéfiant. Cette forme de substitution n'est donc pas acceptable.

Si le CMA, structure « haut seuil » est ouvert à ceux qui s'accommodent de l'intentionnalité de l'abstinence, le seuil d'accès à la substitution proposé au plus grand nombre et visant la gestion du manque et la réduction des risques est incertain.

On ne peut pas toujours réellement parler, ni de haut seuil, ni de bas seuil. L'usager, dans le temps de la gestion du manque, n'est pas toujours accessible ou réceptif aux messages de prévention diffusés dans un monde qu'il ne fréquente plus qu'à l'occasion.

3) Un dispositif « bas seuil » est peu sélectif, donc facile d'accès

Une substitution, dans ce cadre aux exigences moindres, matérialiserait, grâce à une confortable gestion du manque et, conjointement, de certains troubles sociaux associés, l'objectif de réductions des risques. Rappelons à cette occasion la corrélation linéaire entre l'augmentation du nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution et la diminution du nombre de décès par surdose à l'héroïne.³³ Il permettrait puis renforcerait la relation avec une équipe « de contact » qui pourrait ainsi faire passer des messages sur la réduction des risques et des comorbidités.

Au cours d'entretiens occasionnés par une dispensation contrôlée, l'intervenant pourrait également mettre l'accent sur les problématiques individuelles et amorcer ainsi un début de prise de conscience.

4) Une prise en charge de l'héroïnomanie dans un cadre de soins au seuil adapté vise

- Une prise en charge médicale précoce,
- La limitation des dommages médicaux,
- La limitation des dommages sociaux,
- Une prise de conscience plus précoce et à terme, un engagement dans un programme de substitution « haut seuil », quel que soit le produit de substitution,
- La différence entre le « haut seuil » et le « bas seuil » ne se fait pas sur le contrôle de la délivrance et de la prise. Cette différence est technique : prise quotidienne ou non, contrôle urinaire ou non, intentionnalité de l'usager en accord avec l'équipe soignante, moyens et mode de prise en charge, réseau ou non.

5) L'accès immédiat à la méthadone

³¹ Alain Morel. *Traitement de substitution à la buprénorphine : l'expérience française. Toxibase. 3^e trimestre 2000.*

³² (32) Circulaire N°DGS/PH4/97/842 du 17/11/97

³³ W. Lowenstein. *A propos du rôle des traitements de substitution. Ann. Med. Int. 2001.*

Les bus « Médecins du monde » à Paris et à Marseille mais aussi un certain nombre de centres : Le trait d'union, Boulogne ; Le centre Baudelaire, Metz et le centre Sainte Marguerite, Marseille pratiquent l'accès immédiat à la méthadone.

En effet, quel est le bénéfice à remettre dans le temps et/ou à négocier un traitement que l'on prescrira quasi certainement, sachant que, dans l'intervalle, l'Usager de Drogue (UD) s'approvisionnera de toute façon en opiacé de substitution plus ou moins licitement ? quel est l'intérêt de différer à plusieurs semaines l'inclusion d'un patient injecteur multi-quotidien d'héroïne et/ou de Buprénorphine Haut Dosage alors qu'à la lumière des connaissances actuelles, on sait qu'il est en danger ?

Sans céder au fameux hic et nunc des UD, il importe de réduire au maximum le délai d'attente de l'effectivité de l'inclusion, délai nécessaire à la mise en évidence de prise récente d'opiacés au moyen de l'analyse d'urine d'inclusion.

Il est essentiel que, dans un même bassin géographique, se côtoient deux centres de substitution par la méthadone aux seuils d'accessibilité et aux exigences thérapeutiques distincts.

XIV. HYPOTHESE BIOLOGIQUE DE LA PERSONNALITE ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

A la lumière des recherches en cours sur les neuromédiateurs, doit-on réduire la toxicomanie à son hypothèse biologique ?

D'après R. Ebstein, généticien à Jérusalem et D. Hamer, institut mental de Bethesda, USA, les chercheurs de sensations fortes et de risques sont porteurs d'un trait de tempérament d'origine héréditaire. C'est le gène DRD4 lié à la dopamine qui serait déficient. « Les individus qui répondent à ce profil ont dans la vie un comportement exploratoire qui les conduit à multiplier les expériences pour y puiser la stimulation émotionnelle que le quotidien ne peut leur apporter »³⁴. Robert Cloninger, psychiatre et généticien, Université Washington Saint Louis, USA, avance l'hypothèse que l'intensité de chacun des traits de tempérament serait sous-tendue par le niveau d'un neurotransmetteur particulier : la dopamine pour la recherche de la nouveauté, la sérotonine pour l'évitement de la souffrance, la noradrénaline pour le besoin de récompense. Chaque monoamine serait liée à différents traits de caractère et de tempérament.

En fait, la réalité serait plus complexe que cette explication. On retiendra surtout que le tempérament est la résultante de l'interaction de deux grands domaines : le tempérament et le caractère. Le tempérament est l'ensemble des réponses automatiques aux stimulations émotionnelles qui forgent les habitudes. D'origine plutôt génétique, il reste stable de l'enfance à l'âge adulte. L'environnement familial n'aurait pas d'influence sur le tempérament contrairement à l'environnement social.

A l'inverse, le caractère est uniquement forgé par l'environnement socioculturel familial et non familial est évolue par étape jusqu'à l'âge adulte. Il reflète l'idée que nous nous faisons de nous même et des autres, idées qui influencent nos intentions et attitudes volontaires.

Le tempérament, selon l'auteur, est constitué de 3 traits indépendants dont la recherche de la nouveauté, l'évitement de la souffrance et le besoin de récompense.

Le caractère est constitué de 4 traits indépendants qui sont l'autonomie, la coopérativité, la stabilité affective et la transcendance de soi.

L'ensemble constitue la personnalité.

³⁴ *Sciences & Avenir. La biologie de la personnalité. Juin 2001.*

A Parme, Gilberto Gerra pense que le travail de Cloninger permettra une meilleure prise en charge des utilisateurs de stupéfiants qui n'ont pas un profil unique. Certains ont une véritable recherche de la nouveauté développée et recherche dans la prise de cocaïne par exemple l'euphorie. D'autres ont un véritable évitement de la douleur et sont des dépressifs. Le traitement doit donc être personnalisé.

Les tests pratiqués par le Docteur John Constantino à Saint Louis USA sur les enfants montrent que les nouveautés +++ et coopérativité – ont un risque élevé d'être attirés par les drogues.

RN (recherche de la nouveauté) élevée : besoin compulsif de sensations nouvelles et complexes. Désir de prise de risques physiques et sociaux (impulsivité, extravagance) .

RN basse : comportement réservé, voire rigide.

Les sujets dont la recapture de dopamine est trop importante ont besoin d'une extraordinaire stimulation émotionnelle pour maintenir des niveaux optimaux de dopamine dans les neurones post synaptiques.

RN + : éthylisme précoce, tabagisme, drogues, boulimie, hyperactivité avec déficit d'attention.³⁵

Si la théorie de Dole, Nyswander sur les déficits endorphiniques chroniques se révèle exacte grâce aux travaux actuels de M. Kreek, le sevrage de la méthadone serait aussi contre-indiqué que la réduction progressive de l'insuline chez les diabétiques ?

Cette hypothèse du tout biologique me paraît bien réductrice. Dans ce cas, ce n'est pas la substitution par les opiacés dans un cadre relationnel qui serait salvatrice mais un sevrage court associé à la prescription de neurotransmetteurs...

Si cette dimension doit bien évidemment être prise en compte, la reconstruction de la personnalité doit en passer par la relation à l'autre, la parole, et la prise de conscience. Si les travaux actuels sur la biologie de la personnalité apporteront, souhaitons le, de nouveaux outils de soin, on ne peut pas faire l'économie des soins tels qu'ils sont proposés à l'heure actuelle.

« La toxicomanie touche, certes, différents types de personnalité, mais plus il y a de la pathologie narcissique, plus le toxicomane est toxicomane... ».³⁶

« ...l'addiction est transnosographique, mais plus il y a de la pathologie narcissique, plus il y a de la reconstruction identitaire. Et ça, ça n'est pas du biologique, ce n'est pas le biologique qui donnera une réponse. ».³⁷

XV. FAUT-IL SORTIR DE LA SUBSTITUTION ?

Certains patients souhaitent sortir rapidement du programme de soins, au bout de quelques mois. Ces demandes d'arrêt peuvent ne recouvrir que des moments de découragement, constituer des demandes détournées de reprise des conduites addictives ou marquer la non-prise de conscience de sa fragilité par le sujet. Rappelons cependant que la majorité des patients, s'ils disent avoir estimé dans un premier temps pouvoir sortir rapidement du protocole de soin avec succès, déclarent ensuite prendre conscience du bénéfice de l'inscription de ce soin dans le temps. Dans un troisième temps, ils décrivent l'intérêt du maintien d'une prise de méthadone à faible dose garant de la pérennité de leur qualité de vie. Le traitement de substitution par la méthadone est un traitement de longue haleine, le consensus est général sur ce point. Si le décret ministériel définit, comme objectif de la substitution, le sevrage à terme, y compris de la méthadone, notre objectif primordial en tant que soignants reste la qualité de vie de nos patients.

Notre pratique nous amène à cette interrogation : faut-il sortir de la substitution ?

³⁵ *Sciences & Avenir, op. cit.*

³⁶ *Charles Nicolas. Revue ANIT*

³⁷ *Lionel Gibier, op. cit.*

Il paraît évident que, pour une forte proportion de patients présentant des comorbidités psychiatriques sévères, rompre l'équilibre d'un traitement efficace associant méthadone et neuroleptiques n'est raisonnablement pas envisageable.

Dans les cas où les troubles psychiatriques en évolution ou les comorbidités psychiatriques sont absentes ou peu marquées, si les patients sont fortement motivés, si leur qualité de vie est satisfaisante, un sevrage de la méthadone peut et doit être envisagé, mais au terme d'une période de plusieurs années. On parle au CMA d'une durée moyenne de traitement de 5 années. Néanmoins, l'arrêt du traitement de substitution correspond à l'arrêt du traitement pharmacologique et non à l'arrêt de la prise en charge, qui doit au contraire être maintenue. Rappelons que l'objectif de ce traitement de longue haleine est, d'une part, de laisser le temps au sujet de se reconstruire physiquement, psycho socialement et affectivement, de réinvestir des activités socialement compatibles et, d'autre part, de laisser le temps à tous les systèmes neurobiologiques qui interfèrent entre eux de s'adapter, dans la mesure du possible, sans conséquences négatives.

« Au cours de la période de sevrage, si la qualité de vie se péjore à un moment donné et si apparaissent les premiers signes du syndrome déficitaire, il convient de réadapter le dosage et de retrouver l'équilibre psychosocial antérieur. Plusieurs autres tentatives de sevrage peuvent ensuite être entreprises.

En cas d'échec systématique en dessous d'une certaine dose, il faut conclure à l'existence d'un dysfonctionnement chronique et ne plus hésiter à convaincre le patient et son entourage de la nécessité d'une cure à vie. »³⁸

XVI. CONCLUSION

Si la toxicomanie ne peut-être caricaturée, pas plus d'ailleurs que les toxicomanes, les usagers de drogues, au fur et à mesure de leurs consommations, présentent de plus en plus de similitudes de comportement.

Derrière ce type de conduites addictives se taisent des personnalités distinctes marquées par des parcours individuels.

Les centres Méthadone « haut seuil », en proposant des prises en charge globales individualisées, tendent à prouver leur efficacité en terme de reconstruction physiologique et psychologique. Cependant, ce type de prise en charge nécessite, de la part des usagers de drogues, une réelle volonté de sortir de ce marasme.

Cette détermination ne se forge habituellement qu'au terme de plusieurs années de consommation et d'exposition aux risques induits par la toxicomanie.

La délivrance de méthadone dans un cadre aux exigences minimales permettrait un accompagnement visant d'une part à réduire les comorbidités qu'induisent la nécessaire autogestion du manque par les UD et d'autre part à orienter ces derniers vers la structure « haut seuil ». Deux structures de substitution à seuils opposés dans un même bassin géographique ne seraient donc pas antagonistes mais complémentaires. Il me semble également que les traitements de substitution ne doivent plus systématiquement viser à terme l'abstinence à la méthadone. La limitation dans le temps de ce type de traitement doit être repensée au cas par cas et il faut introduire la notion de maintenance.

³⁸ J-J Déglon, *op. cit.*

XVII. BIBLIOGRAPHIE

- BARUCH P, R. JOUVENT. O. LYON-CAEN. La neuropsychiatrie en devenir. PIL.
- BAUDRILLARD J. De la séduction. L'horizon secret des apparences. Editions Denoël.
- CIM 10. DSM-IV.
- DICTIONNAIRE ETYMOLOGIQUE LAROUSSE.
- ESCHOHOTADO A. Histoire élémentaire des drogues des origines à nos jours. Editions du Léopard.
- GIBIER L. Prise en charge des usagers de drogues.. Editions Doin.
- GOODMAN A. 1990.
- MARKS. Behavioural addictions.
- OLIVENSTEIN C. Il n'y a pas de drogués heureux. Editions Laffont.
- PANUNZI-ROGER N. Le toxicomane et sa tribu. Editions DDB.
- RACHLINE M. La toxicomanie et sa prise en charge. Editions ATLAS
- RIGAUD A. DU SPA et conduites addictives. CHU Reims. 2002.
- VERA OCAMPO E. L'envers de la toxicomanie. Editions Denoël. Vidal. 2002.
- 9° Rencontre Scientifiques et Techniques Infirmières de Paris (10/1999)
- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Circulaires.
- ANNALES DE MEDECINE INTERNE. Masson 2001. Revue.
- ALTER EGO. Revue.
- ASUD-JOURNAL. Revue de consommateurs.
- CRIPS. Lettre du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida.
- DRUGNET EUROPE. Lettre de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.
- INTERVENTIONS. Revue de l'ANIT.
- LA CENE. Revue Européenne de Toxicomanie et Addictions.
- LE COURRIER DES ADDICTIONS. Revue.
- LE FLYER. Bulletin de liaison des Intervenants en Toxicomanie
- PSYCHOTROPES. Revue. Vol.7. DBU. Anthropologie des conduites à risques et des dépendances.
- SWAPS. Revue.
- SCIENCES ET AVENIR. Revue. Juin 2001.
- TOXIBASE. Revue documentaire.
- THS. La revue des addictions.

Une histoire belge qui fait réfléchir !

Dr AF VANHOENACKER, Le Cèdre Bleu, LILLE

Un médecin belge a été incarcéré fin Décembre 2001. Il recevait plusieurs centaines de patients français (entre 500 et 700 selon les sources) pour leur prescrire de la méthadone.

Comment notre système de soins a-t-il réagi à un tel afflux ?
Quelles ont été les réactions des patients et des soignants ?

Le premier réflexe a été de permettre aux différents professionnels de mener une réflexion commune sur le territoire concerné pour organiser la gestion de ce phénomène, mais étant donné la période (fêtes de fin d'année) et le nombre de centres intéressés (12), cette réunion n'a pu se faire que fin Février ; le médecin incriminé avait repris ses activités depuis quelques jours. Les partenaires ont constaté que patients et professionnels avaient trouvé des solutions avec un temps de latence relativement court (environ 10 jours) compte tenu du contexte des fêtes.

Il faut resituer le contexte : **la différence de cadre de prescription** entre les deux pays avait suscité pendant les 4 années précédentes un travail transfrontalier dans le cadre du programme INTERCEG. Les associations « Cèdre Bleu » et « Généralistes et Toxicomanies » (côté français) et le CPAS de Charleroi et l'association « Citadelle » (côté belge) avaient analysé les pratiques de part et d'autre de la frontière et cherché à harmoniser les prises en charge dans l'intérêt du patient.

D'un côté, on a une prescription initialement encadrée par un dispositif réglementaire très précis (CSST avec passage quotidien et analyses d'urines), de l'autre on a une prescription variable suivant l'équipe médicale qui peut aller jusqu'à une pratique type « réduction des risques » (prescription pour un mois ou plus, sans condition).

La condamnation du praticien n'est sans doute pas liée à la pratique « bas seuil » mais aux conditions éthiques de délivrance (après contact téléphonique sans voir le patient par exemple). Pour nous, la principale préoccupation est de savoir si on fait de la médecine ou du business. Quid de la prise en charge globale du patient ? A t-il été pesé, ausculté ? S'est-on préoccupé de savoir s'il avait un toit et s'il mangeait tous les jours ? A t-il eu des conseils de prévention et de dépistage pour SIDA et hépatites ?

Le produit est sur prescription médicale pour des raisons de dangerosité mais étant donné la réalité du marché noir, ce n'est pas un argument suffisant. L'important est d'utiliser cette compétence à bon escient, ce qui nécessite de ne pas se laisser déborder par le nombre. La première chose qui m'a été expliquée par mes pairs au début de mon aventure avec les toxicomanes est la nécessité de savoir dire non... C'était effectivement plus important que de connaître la physiopathologie des neurotransmetteurs cérébraux.

Pour ce qui est de nos français utilisateurs de méthadone belge, environ 120 patients ont contacté les centres français pour être dépannés en l'absence de leur fournisseur habituel. Les autres ont sans doute contacté d'autres prescripteurs belges ou profité de l'occasion pour arrêter la méthadone, prenant conscience de la dépendance au prescripteur. Certains ont très certainement rechuté, mais nous ne les avons pas rencontrés.

Sur les 120 patients repérés en France, environ 1/3 ont abandonné leur démarche étant habitué à une réponse plus immédiate de prescription. Pourtant, les centres ont modifié leurs pratiques et assoupli les conditions d'accès au traitement. Mais chacun reste dans sa logique d'accompagnement : celle du soin ou celle de la réduction des risques. L'important est de pouvoir l'expliquer clairement au patient.

Personnellement, j'ai un regret : on avait là une cohorte de patients suffisante pour faire une étude comparative de la clinique de la substitution : méthadone (belge) versus buprénorphine (France) sans le biais du cadre de prescription (primo-prescription par le MG sans contrôle urinaire). L'ouverture des frontières permettra peut-être de réaliser ce type de travail ultérieurement.

Commentaires de la rédaction du Flyer :

L'opposition soin - réduction des risques évoquée par le Dr VANHOENACKER nous paraît nécessiter un commentaire. La prescription 'facile' d'un traitement de substitution, qu'il s'agisse de méthadone en Belgique, ou de buprénorphine en France ne peut résumer à elle-seule une stratégie dite de réduction des risques. De la même manière, la prise en charge dans le cadre d'un CSST, avec un niveau d'exigence plus élevé n'exclut pas l'usage d'une action en faveur de la réduction des risques. Un grand nombre de 'programmes' méthadone français et étrangers ont été élaborés dans le cadre de la réduction des risques liés à l'usage de drogue, et participent au soin des populations qu'ils accueillent.

Ce qui nous semble en l'occurrence plus révélateur dans ce propos, ce sont les conséquences d'un gradient (en l'occurrence transfrontalier) qui existe dans la 'pratique des seuils' entre un médecin particulièrement soucieux de procurer de la méthadone à ceux qui lui en demandent, et un médecin exerçant dans un CSST, exerçant lui-même son activité dans un cadre thérapeutique défini par une série de circulaires, une AMM et des pratiques 'historiques' différentes. Cette différence peut exister aussi au sein d'une même ville (les exemples ne manquent pas), où peuvent cohabiter un ou plusieurs médecins pratiquant un bas seuil d'exigence en matière de prescription de traitement de substitution (mais un haut niveau d'adhésion de la part des patients !), et un CSST mettant en œuvre des pratiques dites de 'haut seuil'. Quel que soit le bien-fondé des arguments des uns et des autres sur le seuil qu'il convient d'appliquer aux usagers de drogue, il paraît toutefois opportun de se demander pourquoi des centaines d'usagers de drogue vont en Belgique, parfois à plus de 100 km de leur domicile, paient le médecin, la méthadone, alors qu'en théorie, elle est disponible et gratuite en France, autant que les consultations, et dans des conditions de proximité bien meilleures. Cela ne pose-t-il pas la question de l'accès de la méthadone en bas-seuil d'exigence, dans des conditions thérapeutiques probablement plus adéquates que celles de l'importation illégale de méthadone belge ? Où est-ce alors la forme gélule qui rend la méthadone belge bien plus attractive ?

Sans déclarer qu'il s'agisse d'une tendance, les auteurs de ce FLYER hors-série, mettent en avant les bénéfices à structurer un accès 'seuil-bas' au médicament de substitution, en se situant toutefois dans un cadre thérapeutique pensé et réfléchi.

**Histoire belge ou enjeu européen ?,
Réaction à l'article 'Une histoire belge qui fait réfléchir'**
Yves LEDOUX, Sociologue, APB, Bruxelles, Belgique*

A la lecture du Dr AF VANHOENACKER et de la réponse du Comité de Rédaction du FLYER, précisons que le déplacement en Belgique pour obtenir des gélules de méthadone de patients Français depuis les départements du Nord n'est pas uniquement lié au rôle d'un seul médecin (comme souvent l'arbre du médecin déviant cache la forêt d'une pratique normalisée de la médecine). Leur nombre a dépassé les 1500 en 2001, pour se situer un peu en deçà actuellement, alors que le nombre de patients dans le Hainaut belge et y résidant se situe entre 2500 et 3000. En nombre de personnes concernées, la situation n'est pas négligeable. Elle correspond à une demande telle qu'elle nécessite une réflexion qui implique les tenants de l'offre : les intervenants français et belges, médecins, pharmaciens et centres spécialisés.

Je tiens tout d'abord à préciser que la demande des patients français n'implique pas ipso facto qu'il s'agisse d'une déviance. La démarche du patient constitue dans certains cas le fondement d'un processus thérapeutique. Au même titre que le processus thérapeutique de patients belges avec rendez-vous bi-mensuel auprès d'un praticien en pratique privée telle qu'elle se pratique « normalement » depuis le Consensus belge sur la méthadone de 1994, celui suivi par des patients français n'apparaît pas comme tellement singulier pour le praticien belge. Le rapport entre le médecin et le patient dans une approche chronique de l'addiction se développe dans le 'colloque singulier' en Belgique dans une majorité de cas. C'est ce qui distingue le prescripteur du thérapeute. Si une alliance thérapeutique parvient à s'établir avec le patient, alors la substitution aura pleinement opéré (en permettant « autre chose » dans une relation thérapeutique). Cette conjonction s'inscrit souvent dans la durée (20 % des patients ont plus de 5 ans de suivi avec le même thérapeute) et le praticien accompagne la « stabilisation » sous opiacé à des doses le plus souvent relativement faibles.

Il faut donc s'attendre, bien que cela puisse 'surprendre', à ce que des patients français puissent être stabilisés dans le « système » libéral belge de prise en charge.

Toutefois, tout complément « d'âme » d'autres intervenants est certainement souhaitable pour de nombreux patients. C'est bien à cette coopération d'intervenants qu'il faut appeler au-delà des clivages frontaliers. Ceci doit, évidence à réaffirmer, s'organiser dans l'intérêt même du patient. Que ceci entraîne par ailleurs une réflexion sur le seuil de prise en charge, soit. A condition que l'accès à la méthadone soit reconnu comme gérable, « même » en pratique privée. C'est d'ailleurs ce que le système belge montre sans accroc majeurs depuis de nombreuses années. Même si dans la durée un essoufflement et parfois un désenchantement est perceptible chez certains. L'addiction en tant qu'affection chronique entraîne des soins d'amélioration de la qualité de vie du patient, de son entourage et pourquoi pas des intervenants eux-mêmes. Que la question rencontrée soit transfrontalière implique que la réponse le soit. Les ajustements devraient certes s'estomper dans un espace de santé européen, mais cela ne va pas de soi au quotidien. N'y aurait-il d'ailleurs pas d'autres exemples en Europe dans la prise en charge substitutive ? L'arrivée de patients de l'Est est une réalité qui va se développer dans diverses régions. Autant développer une concertation de praticiens autour de la situation de ces patients spécifiques, happés par l'effet 'ballon de l'accès au médicament'. L'Association Pharmaceutique Belge souhaite que se développe un tel processus tout en se donnant les moyens d'évaluer la situation. Une étude sur la situation de ces patients français doit être soutenue et l'APB*, chargée d'évaluer la situation fédérale belge (Services Scientifiques Culturels et Techniques - SSTC) souhaite contribuer à cette évaluation plus spécifique (une soixantaine de patients français ont répondu à un instrument auto-administré utilisé par plusieurs centaines de patients belges, ce qui fournira une première base empirique à l'évaluation).

Nous souhaitons que les pratiques soient évaluées. Toutes les pratiques : avec méthadone, Subutex®, dans des cadres de fonctionnement cliniques divers, avec plus ou moins de compléments à la relation singulière thérapeute-patient, et ceci dans une concertation transfrontalière. Espérons poursuivre ensemble ce processus.

Yves.ledoux@coditel.net

* : APB : Association Pharmaceutique Belge, Bruxelles. L'APB est un organisme national, à laquelle sont affiliées 4400 officines dont plus de la moitié néerlandophones.

Relais ville et pratiques de ‘seuil’ à St germain en laye

Dr Michel LYS, CEDAT, S- Germain en Laye

En l’an 2000, le CEDAT de St-Germain en Laye, soucieux de développer et de diversifier l’accès aux traitements de substitution, a souhaité mieux définir les modalités de l’accès à ces traitements.

Nous avons alors dégagé deux priorités :

- développer le relais vers les médecins généralistes
- permettre l’accès de la méthadone dans une approche ‘bas seuil’ à des usagers de drogue sans ‘véritable’ demande de soins.

Ce sont ces deux priorités que nous avons souhaité présenter dans cet article. Nous développerons plus particulièrement la seconde. En effet, la pratique de relais des patients traités par la méthadone vers les médecins généralistes de ville ne semble plus nécessiter de présentation, tant celle-ci s’est maintenant généralisée. Pour preuve, les quelques 7 000 patients qui font aujourd’hui l’objet d’un suivi en médecine de ville et pharmacie d’officine, et qui sont supérieurs en nombre à ceux suivis en CSST (depuis quelques mois, le ratio du nombre de patients en CSST et en ville s’est inversé). Cette pratique de relais apparaît aujourd’hui plus comme une évidence pour les équipes et pour les patients, que comme un mode de fonctionnement des CSST, même s’il est clair que pour certains patients, le suivi institutionnel devra être long.

Développer le relais vers les médecins généralistes

Cette priorité est d’abord un choix, afin d’éviter la chronicisation des patients dans notre CSST. Par ailleurs, celle-ci nous a été imposée par l’impossibilité de pouvoir prolonger, pour la majorité des patients, un suivi du traitement de substitution dans le CSST. La raison principale étant qu’après plusieurs mois, cette majorité de patient est stabilisée, et qu’il ne nous paraît pas envisageable ni souhaitable pour les patients dont le projet est l’insertion en milieu ordinaire, de maintenir les prescriptions de méthadone en CSST, et par là une fréquentation assidue du même CSST.

Nous avons donc réalisé en l’an 2000, 73 relais vers des confrères médecins généralistes, soit 43 % des patients reçus pour un traitement de substitution en l’an 2000.

Concernant plus particulièrement la méthadone, parmi les 51 patients inclus en l’an 2000, 18 ont été orientés vers un médecin de ville. Les patients dont nous assurons la continuité du suivi sont majoritairement ceux qui présentent des troubles graves de la personnalité, notamment états limites, voir des psychoses actives, en rupture de prise en charge de leur pathologie psychiatrique.

Pour ceux que nous avons orientés vers la ville, leurs médecins et pharmaciens nous positionnent toujours comme ‘pôle ressource’ après le relais, et une intervention de notre part est toujours envisageable.

Permettre l'accès de la méthadone dans une approche 'bas seuil'

La politique de réduction des risques, appliquée à la substitution opiacée, a montré qu'il existait un besoin réel d'accès à des produits de substitution, y compris pour des usagers de drogues actifs, non (encore) demandeurs de soins. Il nous a semblé qu'il était possible d'adhérer à cette pratique dite de bas seuil, en dehors de dispositifs d'exception comme les 'bus méthadone' qui circulent à Paris ou Marseille. Nous avons donc organisé un mode d'accès spécifique pour ces usagers de drogues actifs, non demandeurs de soins. Cette absence de demande de soins ne signifie pas, dans la majorité des cas, l'absence de demande d'aide. Il s'agit de patients souhaitant gérer leur consommation, sans l'interrompre, utilisant le substitut, en l'occurrence la méthadone, comme volant de régulation. Nous faisons le pari qu'au travers de cette expérience de régulation, ils entrent progressivement dans une phase de traitement, à laquelle ils ne seraient pas parvenus avec une offre classique et son corollaire d'exigences immédiates, même lorsqu'elles sont à-minima. **Et tout ceci au contact constant d'une structure d'aide**, par opposition à l'auto-substitution par la codéine, ou bien sûr, pire encore, dans le cas de la fourniture de l'opiacé par des revendeurs peu préoccupés par la santé de l'utilisateur (!), quel que soit l'opiacé qu'ils lui fourniront (héroïne, buprénorphine, méthadone, ...).

En pratique :

Nous proposons à tout patient demandeur d'un traitement par la méthadone, 2 modes d'admission :

Soit un mode bas seuil, inspiré par une démarche de réduction des risques et d'accès plus facile aux soins

Dans ce cas, nous lui délivrons 50 mg de méthadone par jour pour une semaine. Cette prescription délivrance est quasiment immédiate, après avoir vérifié la présence d'opiacés dans les urines (c'est un protocole équivalent à celui des Bus méthadone). Les usagers associant de manière massive l'alcool ou les benzodiazépines sont exclus de cette modalité de traitement. Il n'y aura aucune adaptation de la posologie qui ne dépassera jamais 50 mg/jour. Aucune prescription de chevauchement ne sera faite.

Chaque mois, une évaluation de toutes les consommations des patients est réalisée sur la base d'entretiens, sans vérification par des analyses urinaires, et l'évolution de ces consommations est appréciée. Au cours de ces entretiens, nous avons la possibilité de diffuser des messages de prévention efficaces et de mettre en garde les patients sur les co-consommations préjudiciables à leur santé. La possibilité de 'glisser' vers un cadre plus thérapeutique (nous considérons que celui-ci l'est déjà) est offerte au patient à tout moment.

Soit un mode haut seuil, caractérisé par la mise en place d'un cadre thérapeutique

Si le patient est à la recherche d'une abstinence à l'héroïne et d'une palette de soins plus large, il adhère alors à cette modalité de traitement. Ce cadre de traitement, dont on sait qu'il est favorable à la réussite des soins médico-psycho-sociaux, consistera à une délivrance quotidienne (qui pourra bien sûr évoluer vers un espacement), des analyses urinaires régulières, et une adaptation de la posologie quotidienne au plus près des besoins du patient.

Dans la pratique

Actuellement, la plupart des ‘candidats’ à la méthadone sont souvent dans une situation d’échec à la buprénorphine, et la gestion de la consommation, ils connaissent déjà. C’est exprimé clairement par : “ ça, j’ai déjà donné”, lorsqu’on leur propose la modalité ‘bas seuil’. Ils sont alors d’emblée demandeur du cadre thérapeutique, pour lequel ils ont poussé la porte de notre CSST, sachant comme pour tout usager dans tous les départements de France, ce qui se passe à l’intérieur du CSST du coin.

Pour les autres, ceux les moins nombreux qui accèdent à la méthadone par le bas seuil, dans leur majorité, ils vont rapidement être demandeur du cadre thérapeutique. La frustration liée à l’absence d’un cadre thérapeutique et le fait de percevoir rapidement la nécessité d’adapter la posologie quotidienne, les précipitent assez vite d’une ‘modalité d’entrée’ vers une modalité de soins. Les autres, qui continueront à bénéficier du ‘bas seuil’, sont souvent des usagers qui sortent de prison ou présentant des conduites anti-sociales, et pour lesquels, à court terme, une perspective de soins n’est pas envisageable.

Conclusion

Ce choix entre les deux modalités d’accès à la méthadone permet de lever bien des ambivalences et de clarifier la relation du centre avec le patient. L’absence de culpabilisation du recours à la méthadone, comme gestion d’un usage de drogue, crée le plus souvent une relation de confiance. Nous n’avons pour l’heure enregistré aucun débordement du cadre proposé. Il n’y a pas d’exclusions du centre, pour des raisons de non-respect du cadre fixé, puisque celui-ci est librement choisi, puis consenti par l’usager. Nous ne renvoyons pas de patients non admis chez nous vers nos confrères généralistes, sous prétexte que leurs demandes ne correspondent pas à notre offre de soin. Cette attitude de renvoi de patients non conformes a pour principal inconvénient d’orienter vers la ville des patients difficiles que les médecins généralistes auront du mal à gérer. Et surtout, le choix par le patient du cadre auquel il va adhérer, permet, quel que soit son choix, de conclure un première alliance thérapeutique non conflictualisée.

Le seul écueil que nous percevons dans cette pratique, se situe dans la revente ou le partage de méthadone non utilisée pouvant mettre en danger des usagers non informés. Cependant, en limitant la délivrance à 50 mg/jour pour une semaine, nous limitons ce risque. Le bénéficiaire de cette délivrance aura vite la sensation qu’il n’en aura jamais trop (plutôt pas assez), et s’il se prive de sa méthadone, il sait qu’il ne bénéficiera d’aucune prescription/délivrance de chevauchement. Par ailleurs, nous savons aussi que ce risque est le même pour les prescriptions dans un cadre thérapeutique où l’adaptation de la posologie conduit les patients à disposer de plusieurs flacons par jour. Il est alors plus aisé de se séparer d’un ou deux de ces flacons. Et enfin, quel que soit le cadre, nous savons la fréquence des ‘économies’ faites par les patients stabilisés, thésaurisant de la méthadone, « au cas où ».

Le CEDAT de St-Germain en Laye ne délivre pas de méthadone dans ses murs. A l’instar d’autres structures (cf. FLYER 6 – Le trait d’union à Boulogne), toutes les délivrances sont effectuées par des pharmaciens d’officine, quel que soit le cadre choisi par les usagers de drogue substitué, sans que cela ne pose de problème. Pas plus aux pharmaciens d’officine qu’aux usagers eux-mêmes. Il nous semble par ailleurs que le cadre que nous proposons est applicable partout en France. Nous sommes à la fois une ville d’Ile-de-France de près de 40 000 âmes, mais plutôt éloignée de Paris, et dans un cadre de vie et d’espace sanitaire plus provincial que parisien.

La motivation au changement dans le traitement des patients dépendants aux opiacés : MYTHES ET REALITES !

Vincent ROSSIGNOL, Montréal, Canada *

La motivation, ou plutôt le manque de motivation au changement dans le traitement de la toxicomanie est un sujet qui passionne, mais surtout désarçonne bien des intervenants. Pourquoi une personne ayant subi d'importantes conséquences négatives (emploi, famille, santé, etc...) liées à sa consommation ou à son comportement, qui a toutes les bonnes raisons pour modifier son comportement, s'obstine à entretenir un comportement qui, de l'extérieur tout au moins, aurait tout avantage à être mis aux oubliettes ? Pourquoi une personne, ayant devant elle des éléments de preuves irréfutables des dangers pour sa santé à court, moyen ou à long terme, choisit-elle de continuer à consommer ? Pourquoi un 'client', à qui l'on nomme toutes les conséquences négatives, à qui l'on tente d'insuffler une dose raisonnable de crainte, qui vient à ses rendez-vous, ou reste en traitement, rechute-t-il aussitôt la thérapie terminée ? Pourquoi tant d'hésitation ? Pourquoi tant d'ambivalence ?

Bien des intervenants viennent à mes ateliers dans l'espoir que je leur donne la recette magique, l'**outil miracle** leur permettant de **guérir** leurs clients non-motivés. La motivation est souvent perçue comme une substance que l'on peut injecter ou insuffler aux clients. Parfois, certains intervenants sont si découragés qu'ils en viennent à dire que : « *Si le client n'est pas motivé, il n'y a rien que l'on puisse faire* ». Cette dernière affirmation est en fait des plus répandue, et ce, non seulement comme l'expression d'un découragement, mais bien souvent comme leitmotiv clinique. Logique a priori, cette affirmation est l'expression d'une profonde incompréhension des mécanismes du processus de changement et de la motivation comme telle. Il existe toute une série d'affirmations et de mythes qui brouillent la capacité des aidants à faire ressortir la motivation de nos clients.

Dans l'espace qui m'est offert dans ce bulletin, j'aimerais partager avec vous ma réflexion sur la motivation au changement en faisant un survol de ces mythes ou prémisses dangereuses face à la motivation.

Mythes traditionnels face à la motivation

Mythe 1 :

Les clients sont « *motivés* » à changer ou non ! S'ils ne sont pas motivés à changer, il n'y a rien que l'on puisse faire !

Comme nous le mentionnions plus haut, cette affirmation tristement fréquente, en plus de dénoter un pessimisme et d'exprimer un constat d'impuissance, se révèle trompeuse. En fait, les gens perçus comme non-motivés, sont plutôt *ambivalents* face au changement. La motivation n'est pas un bagage que le client transporte avec lui et oublie avant de franchir la porte de votre bureau. On a souvent décrit les « *toxicomanes* » et les « *alcooliques* » comme des individus, de par la nature de leur problématique, non motivés et résistants. Il est beaucoup plus aidant de les voir comme *ambivalents*, incertains, indécis face au changement.

En fait, les clients viennent rarement rencontrer un intervenant s'ils ne sont pas motivés ! Il y a une motivation sous-jacente. Il serait donc plus juste de dire « *Je n'ai pas découvert la motivation de ce client-ci mais si je l'écoute, je saurai trouver sa motivation et travailler à la*

modifier, l'amplifier » ou mieux encore « Ce client est ambivalent face aux choix qui s'offrent à lui. Prenons le temps d'explorer avec lui son ambivalence et tentons de l'aider à la résoudre ».

Affirmer que les clients sont soit motivés, soit non-motivés, relève d'une vision simpliste, bipolaire, réductionniste. Cela va à contre-courant des recherches de Prochaska et Di Clemente qui, depuis quelques années, font école dans le domaine de la motivation. Aussi bien plier bagage et rentrer dans ses terres ! La notion d'ambivalence est de loin plus aidante.

Mythe 2 :

Motiver = convaincre ou éduquer !

Bien souvent, les participants à mes ateliers désirent ressortir de mes formations avec des arguments, des outils, des énoncés motivationnels pour les aider à convaincre leurs clients de changer. Il est important de préciser que les tentatives pour « convaincre » un client provoquent souvent l'effet contraire à celui recherché. Si *convaincre* équivaut pour vous à *confronter*, il est fort possible que vous observiez une augmentation dans la verbalisation des résistances. Loin d'être une pathologie, cette résistance est saine. De plus, elle indique qu'il est temps pour l'intervenant de changer de stratégie. La résistance se produit dans un contexte de relation interpersonnelle, elle est un problème de thérapeute, de stratégie. Il ne faut surtout pas tenter de convaincre un individu de changer en utilisant des techniques directives et confrontantes. Les arguments favorables au changement doivent émaner du client et non du thérapeute. Il y a bien plus de chance qu'une personne modifie un comportement si elle a conclu que « le prix n'en vaut pas la chandelle ». L'art thérapeutique consiste à accélérer cette réflexion de façon aidante. La confrontation est rarement aidante.

Dans un même ordre d'idée, si vous croyez que le client a besoin d'être « éduqué » face aux conséquences négatives de son comportement, si vous croyez qu'il ne saisit pas la gravité de la situation et que vous devez l'éduquer (ce qui revient souvent à faire peur) ; il se peut fort bien que le client, par souci d'équilibre, verbalise les raisons positives de sa consommation. Le réflexe-correcteur de l'intervenant étant alors d'augmenter la dose d'éducation, le client, en plus de se sentir incompris, risque de « décrocher » devant tant d'insistance. Eduquer, comme confronter, risque d'augmenter la résistance du client qui est alors jugé, à tort, comme non-motivé.

Mythe 3 :

Je suis l'expert, le client doit suivre mes conseils !

Bien qu'apparenté au risque « éducatif » ce mythe recèle un autre danger particulier. Très souvent, la motivation est jugée selon la capacité du client à faire ce que le thérapeute-intervenant lui dit de faire et selon son degré d'accord avec le thérapeute. Ainsi, un client d'accord avec l'expert est perçu comme ayant de bons « *insights* ». Dans le cas contraire, il est catalogué comme étant « *résistant* ». Plutôt que de voir la relation thérapeutique comme une session de consultation entre un expert et un client, il serait juste de voir cette même relation comme une rencontre entre deux experts : le client étant expert sur ce qui fonctionne pour lui et l'intervenant, expert sur ce qui a fonctionné pour d'autres. Cette relation devient alors une rencontre respectueuse entre deux individus, deux experts, à la recherche de la meilleure solution, la plus réaliste, la plus motivante. Les raisons du changement doivent venir de l'aidé et non de l'aidant.

Mythe 4 :

La santé est une motivation très importante pour tous !

La santé est souvent perçue comme étant la suprême motivation, une valeur fondamentale partagée par tous. En fait, ce n'est pas le cas. Certaines personnes favorisent beaucoup plus la recherche du plaisir, l'intensité ou la liberté plutôt que la santé. Il est donc parfois piégeant de vouloir trop insister sur cette valeur soi-disant commune. Il est plutôt utile de tenter de comprendre les valeurs fondamentales de l'autre, de comprendre sa motivation et son ambivalence. L'exploration de l'ambivalence entre le changement et le statu quo est au cœur du dilemme auquel est confronté l'individu. Moins d'ambivalence, plus de motivation !

Mythe 5 :

Maintenant est le bon moment pour modifier un comportement !

Ceux qui ont déjà tenté de cesser de fumer dans le temps des fêtes en savent quelque chose : choisir le moment approprié pour effectuer un changement est important. Il se peut que quelqu'un soit motivé à changer, mais pas maintenant. Il se peut que cette personne ait d'autres priorités dans sa vie à ce moment-ci, plutôt que la cessation de fumer.

Mythe 6 :

Motivation au changement = Motivation au traitement

On confond parfois la motivation au changement et la motivation au traitement. Le traitement est vu comme un passage obligatoire vers le changement : le changement passe par le traitement. La réalité n'est pas si simple. En fait, la majorité des changements de comportement se produit sans traitement ni intervention. Les travaux de Prochaska et Di Clemente, sur les stades du changement, en sont une excellente illustration. Donc, en plus d'être le signe d'une prétention incroyable, cette prémisse est fautive. Dire aux gens qu'ils doivent nous attendre, qu'ils doivent être en thérapie pour changer est faux, mais c'est une bonne recette pour maintenir de longues listes d'attente. Certaines études suggèrent que la capacité du client à rester en thérapie est un bon indicateur de la probabilité du changement. Il se peut fort bien que le fait de rester en traitement soit le signe d'une solide motivation plutôt qu'un indice d'efficacité du traitement. Dans la croyance populaire, le changement passe par le traitement, pourtant certaines personnes qui vont en traitement auraient aussi bien fait *sans*, et dans certains cas, *mieux*. Un bon livre d'auto-changement est parfois plus utile qu'une intervention bâclée. D'ailleurs, posons-nous la question, si une personne est motivée à changer, pourquoi aurait-elle besoin d'un traitement ? Qu'ajoute donc le traitement ? La question vaut d'être débattue !

Mythe 7 :

Cet individu doit changer ! Cet individu est prêt à changer !

Si un individu se présente en thérapie, il doit être prêt à l'action. La réalité est que bien des gens se présentent en thérapie avec un profond sentiment d'ambivalence. Telle que mentionné plus haut, loin d'être pathologique, cette ambivalence est saine et se doit d'être explorée.

Mythe 8 :

Une approche dure et confrontante donne de meilleurs résultats.

En fait, les recherches ont démontré le contraire. Plus un intervenant confronte, plus le client résiste. Une recherche a même démontré que plus les clients résistent en thérapie, plus ils consomment 12 mois plus tard.

Mythe 9 :

Plus j'accumule de l'information donc, plus je pose de questions, plus je suis en mesure d'aider l'individu à modifier son comportement !

C'est la version raffinée du piège de l'expert. Poser beaucoup de questions, et surtout des questions fermées, fait taire le client et le rend passif. Le modèle prescriptif donne de pauvres résultats. Démarrer une intervention en posant beaucoup de questions a tendance à fermer le client, à le rendre passif.

Pour conclure, un résumé de ce que l'on sait !

Maintenant que nous avons fait le point sur les divers mythes relatifs à la motivation, voici une brève liste de ce que les recherches scientifiques sur la modification de comportement et sur la motivation au changement ont établi.

Le changement est un processus naturel ;

- ❖ Ce qui se produit suite à une intervention ressemble grandement au processus naturel ;
- ❖ La probabilité d'un changement semble fortement influencée par les relations interpersonnelles ;
- ❖ Lorsqu'un changement intervient en traitement, le gros du changement se produit lors des premières rencontres. Certaines études disent que la dose de traitement prédit peu l'effet du traitement sur le résultat final. Cependant, d'autres études affirment le contraire.
- ❖ Le ou la clinicienne qui donne le traitement est un élément déterminant dans le taux d'abandon, de rétention, d'adhésion au traitement et de résultats, car cette personne a une influence directe sur la motivation des clients.
- ❖ Un counselling empathique semble faciliter le changement ; son absence le décourage.
- ❖ Les personnes qui se croient capables d'effectuer un changement le font. Les personnes qui ont un conseiller qui les croit sont aussi plus portées à changer. Celles à qui l'on dit qu'il y a peu de chance de réussite réussissent moins.
- ❖ Ce que les gens verbalisent face au changement est important. Des énoncés qui reflètent la motivation (le discours-changement) prédisent le changement alors que la verbalisation d'arguments contraires (résistance) prédit le non-changement. Ces deux comportements sont fortement influencés par le style de counselling.

* : Mr Vincent ROSSIGNOL présente dans ce texte la synthèse de la pensée de MILLER dans « Motivational Interviewing : Preparing people for change, Guilford Press. New York ». Cet article déjà publié dans la revue L'Echo-TOXICO, de l'Université de SHERBROOKE, est reproduit ici avec l'autorisation de Mme Lise ROY, responsable de cette publication.

Notes :