UNIL | Université de Lausanne
Institut de géographie

Faculté des géosciences et
de l'environnement

Observatoire de la Ville et du
Développement durable

Rapport

LA QUADRATURE DU CUBE

Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg

ANTONIO DA CUNHA (RESP. SCIENT.)
CHRISTOPHE MAGER
OLIVIER SCHMID

Rapport I Mai 2009
Institut de géographie I www.unil.ch

Table des matières

Résumé I

1. Introduction 1

2. Les référentiels de l'action publique et l'offre institutionnelle du Canton de Fribourg : repères 5

2.1. Les référentiels de l'action publique : le modèle des trois piliers, le modèle des quatre piliers et le « cube » 5

2.2. L'offre fribourgeoise de prestations : les acteurs majeurs 7

2.2.1. L'association Le Radeau : offre résidentielle et prise en charge individualisée 8

2.2.2. La fondation Le Tremplin : une double offre dans une visée d'insertion 8

2.2.3. La fondation Le Torry : une double offre et une spécialisation en alcoologie 9

2.3. Le secteur médicalisé et l'intégration des addictions : évolutions récentes 9

2.3.1. L'hôpital psychiatrique de Marsens : une spécialisation dans le sevrage des substances psychotropes 10

2.3.2. L'Unité de traitement des addictions (UTA/CTA) : des addictions sans substances, des traitements de substitution 10

2.4. En guise de conclusions : éléments clés de l'offre fribourgeoise 11

3. La demande de prestations : profils socio-démographique des usagers 13

3.1. Consommation de produits psychotropes légaux et illégaux : quelques données statistiques 13

3.2. Etat de l'information quantitative existante 19

3.3. Profils des clientèles dépendantes 21

3.3.1. Profil des clients bénéficiant d'un traitement résidentiel 'alcool et médicaments' 23

3.3.2. Profil des clients bénéficiant d'un traitement résidentiel 'drogues illégales' 24

3.3.3. Profil des clients bénéficiant d'un traitement de substitution à l'héroïne 24

3.3.4. Profil des clients bénéficiant d'une prise en charge à Marsens (Thalassa)..... 25

3.3.5. Profil des clients bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire (SAMBAD) 25

3.4. Conclusions et recommandations 28

4. Offre de prestations, trajectoires et besoins des usagers 29

4.1. Le modèle du cube : une perspective intégrative et multi-dimensionnelle.....29

4.2. Articulations I : prévention secondaire et intervention précoce 31

4.2.1. Prévention secondaire et professionnels de la santé non spécialisés : une spécialisation nécessaire, des réseaux à mobiliser..... 33

4.2.2. Prévention secondaire, intervention sociale et jeunes adultes : une articulation prioritaire et groupes à risque 34

4.3. Articulations II : la réduction des risques, un axe encore faiblement intégré.....47

4.3.1. Offre de réduction des risques : ajustement de l'offre dans le canton de Fribourg, des pistes de réflexions 59

4.4. Articulations III : le traitement, enjeux et obstacles de l'intégration du résidentiel et de l'ambulatoire.....76

4.4.1. Les demandes de l'ambulatoire : le point de vue des médecins de l'addiction ... 77

4.4.2. Articulation de l'offre résidentielle et de la demande : le point de vue des acteurs de la chaîne de soins « Addiction » 78

4.4.3. L'organisation des interfaces ambulatoire/rési-dentiel : vers un renforcement de l'intégration et de la qualité de la prise en charge..... 86

4.4.3. Le vieillissement des personnes dépendantes : quelle prise en charge ? 88

4.4.4. La reconfiguration spatiale de l'offre résidentielle : la question de l'intercantonalisation de l'offre..... 89

4.5. L'environnement médical non-spécialisé et les dispositifs de traitement des personnes dépendantes : enjeux et articulations 90

4.5.1. Traitement de substitution et mesures d'ajuste-ment : le renforcement des réseaux de coopération entre les intervenants non-spécialisés et les centres spécialisés 91

4.5.2. L'environnement médical non spécialisé et le traitement des personnes dépendantes : MedRoTox, une expérience riche d'enseignements 94

4.5.3. Hôpitaux, médecins de premiers recours et séjours hospitaliers : le processus d'indication comme révélateur d'une insuffisante articulation des acteurs..... 98

4.5.4. Soins communautaires : une réponse possible à la question de l'articulation entre l'offre des dispositifs et les besoins des usagers 99

4.5.5. Processus d'indication : un processus d'élaboration trop fragmenté..... 103

4.6. L'environnement social non spécialisé et les dispositifs de traitement des personnes dépendantes.....105

4.6.1. Les dispositifs de logement et d'hébergement d'urgence : des acteurs importants de la prévention, mais des ressources insuffisantes 107

4.6.2. Mise en place d'une offre d'occupation adéquate : articulation entre l'insertion socio-professionnelle et l'occupation 111

4.7. Etablissements fermés et dispositifs de traitement des personnes dépendantes : enjeux et perspectives.....111

4.7.1. Etablissements fermés, dépendances et compor-tements d'usage de consommation : principaux enjeux 112

4.7.2. Etablissements fermés, dépendance et comorbidités psychiatriques : principaux enjeux au niveau du canton de Fribourg..... 118

5. Conclusions générales 127

Résumé

La structure actuelle de l'offre du canton de Fribourg destinée aux personnes dépendantes de substances légales et illégales cristallise les différents changements intervenus au sein de la politique de la drogue en Suisse depuis 1975. A cette date, l'adoption du modèle des « *trois piliers* », dans le cadre du référentiel de l'abstinence, va entraîner la mise en place d'une offre résidentielle. Dans ce cadre, Le Radeau et Le Parcours Horizon de la Fondation du Tremplin vont constituer le premier segment de l'offre fribourgeoise, alors que Le Torry, destiné aux dépendances à l'alcool, en constituait le second.

L'adoption du modèle des « *quatre piliers* » dans le cadre de la politique de la Confédération intervient au début des années 1990 dans le cadre d'une rupture paradigmatique. Le référentiel de la réduction des risques et de la substitution va engendrer la mise en place d'une offre nouvelle de type ambulatoire, articulée selon trois axes : prévention ; réduction des risques et aide à la survie ; traitements. Les structures ambulatoires de La Fondation du Tremplin — Centre de jour « Au seuil » et Ateliers de Fribourg — et l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST)[1] vont constituer le troisième segment de l'offre fribourgeoise dont la structure se caractérise désormais par une bipolarité inscrite au sein de combinaisons multiples — résidentiel versus ambulatoire ; prestations médicales versus prestations socio-éducatives ; référentiel de l'abstinence versus référentiel de la substitution — qui vont réduire d'autant la capacité du dispositif d'intégrer les différentes structures qui composent son offre.

Dans le cadre de la réduction des risques et des traitements de substitution, l'offre qui se met en place va, en s'affranchissant des contraintes du sevrage et de l'abstinence qui jusque-là prévalaient au sein du dispositif comme conditions d'accès et comme objectif, permettre d'élargir l'accès à une prise en charge à des populations jusque-là exclues ou non demandeuses de soins. Le clivage entre un segment ambulatoire de l'offre inscrit au sein du référentiel de la réduction des risques et de la substitution et un segment résidentiel inscrit dans celui de l'abstinence va entraîner, au sein du dispositif, un morcellement de l'offre de traitements. Cette faible articulation entre les axes résidentiel et ambulatoire ne permet pas de garantir une continuité des soins suffisante aux usagers entrés au sein du dispositif par les structures de réduction des risques. L'adoption du référentiel de la substitution par Le Radeau (2000), en donnant accès aux bénéficiaires d'un traitement de maintenance à l'offre résidentielle, va dans le sens d'une meilleure articulation des soins au sein de l'offre, ce qui, au niveau des trajectoires des usagers, va se traduire par une meilleure rétention au sein du dispositif.

[1] Unité spécialisée en toxicomanie (UST) — va devenir — Unité de traitement des addiction (UTA) — qui va devenir à son tour — Centre de traitement des addictions (CTA).

L'adoption du modèle du « Cube » en 2006, dans le cadre du référentiel de l'addiction, va permettre d'élargir le modèle « des quatre piliers » par la prise en compte des comportements de consommation et, en supprimant la distinction qui prévalait jusque-là entre drogues illégales et drogues légales, par celle de l'ensemble des produits psychotropes. Ce faisant, elle va introduire, au sein du dispositif, un nouveau clivage entre les structures médicales spécialisées — Centre de traitement des addiction et Thalassa — inscrites au sein du référentiel de l'addiction et les structures psycho-socio-éducatives dont une majorité d'entre elles s'inscrit désormais au sein du référentiel de la substitution et de la réduction des risques. L'adoption du référentiel de l'addiction par Thalassa, jusque-là fortement articulé à l'offre résidentielle, le sevrage médicalisé étant la condition d'accès aux structures qui le composent — Le Radeau, Le Parcours Horizon de la Fondation du Tremplin et Le Torrry —, va favoriser l'émergence de nouvelles demandes de traitements résidentiels au profit de patients dont certains aspects de leur profil vont constituer un handicap au niveau de leur accès à ce segment de l'offre.

L'évolution de la politique de la Confédération en matière de toxicomanie a ainsi été marquée, entre 1975 et 2006, par une succession de paradigmes. Inscrit au sein de chacun d'entre eux, un modèle qui, en définissant les modalités et les finalités de l'action, déterminait dans le cadre spécifique qui était le sien, à la fois la demande et les conditions d'articulation des différents segments constitutifs de l'offre. Ce faisant, la problématique de l'adéquation de l'offre et de la demande s'est posée à Fribourg, comme ailleurs, dès la mise en place de son premier segment. En effet, le référentiel au sein duquel s'inscrivaient alors Le Radeau et Le Parcours Horizon de la Fondation du Tremplin définissait, par les critères d'accès à l'offre, ainsi que par les objectifs de prise en charge — sevrage physique préalable ; abstinence —, une population cible dont le profil ne correspondait qu'à une partie restreinte des demandeurs de soins.

Lors de chaque changement de référentiel, la question de l'adéquation de l'offre par rapport à la demande va être posée, que ce soit en lien avec l'émergence de nouvelles demandes, avec celle de nouveaux profils de demandeurs ou en regard de nouvelles contraintes au niveau de la prise en charge — articulations entre les structures de l'offre, encadrement des usager, type d'approche. Face à ces différents enjeux, toutes les structures de l'offre ne disposent pas d'une même capacité d'ajustement. Il apparaît qu'elle sera d'autant plus grande que le référentiel au sein duquel s'inscrira un prestataire de l'offre sera tardif. En effet, le référentiel le plus récent est également le plus inclusif alors que le plus ancien sera le plus exclusif. A l'image des poupées russes dont la plus grande pourra contenir toutes celles dont la taille est inférieure, le référentiel de l'addiction pourra également prendre en compte des demandeurs abstinents ou dont l'objectif est l'abstinence, alors que l'inverse

n'est pas possible. Ainsi, l'ouverture de l'offre résidentielle aux bénéficiaires de traitements de substitution n'a pu s'inscrire que dans le cadre d'un changement de référentiel.

Dans cette dynamique, les facteurs externes tendent à jouer un rôle déterminant face à la résistance au changement. Ainsi, les enjeux relatifs à la baisse de la demande au niveau de l'offre résidentielle en liens avec la décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de réduire la participation financière de l'Assurance invalidité dans la prise en charge des traitements résidentiels (1996). Face à une évolution structurelle du taux d'occupation à la baisse et à ses conséquences financières, un changement de référentiel peut apparaître comme un levier susceptible de compenser tout ou partie de celle-ci, parce que permettant la captation d'une demande non prise en compte dans le cadre du référentiel de l'abstinence. La résistance au changement peut s'avérer être un obstacle suffisant pour le maintien du statu quo ante.

Les enjeux liés à la mise en œuvre de la RPT (répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons) au niveau de la structure de l'offre pourraient également favoriser des changements en termes de référentiel. La mise en œuvre de la réforme de l'organisation de la santé mentale, dans le cadre de la loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM), pourrait avoir un effet multiplicateur au sein de certaines structures de l'offre fribourgeoise actuelle, en particulier au niveau de l'offre résidentielle.

Le dispositif actuel du Canton de Fribourg est ainsi confronté à deux problématiques étroitement liées, l'une relative à l'adéquation de l'offre par rapport à la demande et à son évolution probable à moyen termes, l'autre à son financement. Celles-ci ne sont toutefois pas nouvelles, puisque depuis 2000 — en tout cas —, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a régulièrement sollicité les prestataires de l'offre pour aborder ces questions dans le cadre d'un groupe de travail. Les enjeux et contraintes liés à la mise en œuvre de la RPT (répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons), vont donner un aspect plus formel cette démarche. Le DSAS va en effet confier un mandat à la « *Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes* ». Elle est ainsi chargée d'élaborer un dispositif cantonal de prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux, qui soit susceptible de répondre à la demande actuelle, ainsi qu'à son évolution à moyen terme — évolution prévisible — et à long terme, compte tenu des contraintes du plan financier élaboré par le Conseil d'Etat.

Dans le cadre de ses travaux, la « *Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes* » a confié un mandat de recherche à l'Observatoire de la Ville et du Développement durable de l'Université de Lausanne comportant deux objectifs

principaux : *identifier l'offre de prestations* en matière de prise en charge des personnes dépendantes au sein du canton de Fribourg ; *analyser les besoins* des personnes dépendantes. Pour aborder cette recherche exploratoire, nous avons mobilisé, d'entente avec le mandataire, trois approches complémentaires :

- une analyse documentaire ;
- une *approche quantitative,* fondée sur des données sous format électronique en notre possession à fin août 2008 ;
- une *étude exploratoire* qui nous a été imposée par la complexité de la problématique de recherche ;
- une *démarche qualitative*, soit une quarantaine d'entretiens approfondis niveau des services cantonaux concernés, des institutions, du Centre de traitement des addictions, de Thalassa, de médecins de premier recours, de l'hôpital cantonal, d'usagers, ainsi que des établissements pénitentiaires et de l'Exécution des peines du canton ;

I. La demande de prestations :profils socio-démographiques des usagers

Quand bien même les données quantitatives utilisées sont partielles et doivent être considérées comme des échantillons, trois profils de dépendance s'esquissent, suggérant trois besoins d'accompagnement différents :

Les clients essentiellement **alcoolo-dépendants**, et dont le passage en traitement résidentiel amène à une plus faible consommation et une stabilisation des vulnérabilités. Les sorties du dispositif, qui durent en moyenne moins d'un an, se font de manière essentiellement régulières, avec ou sans transfert vers l'ambulatoire et correspondent à une dépendance plus faible à l'alcool.

Les clients ayant l'**héroïne** comme substance à problème principal, et dont le traitement de la dépendance par des traitements ambulatoires de substitution permet d'éviter un accroissement des vulnérabilités, mais dont les sorties du dispositif sont moins dues à l'abstinence/réinsertion qu'à des raisons administratives et/ou de rechute. Ces populations tendent à rester dans les dispositifs durant plusieurs années et leur faible diminution crée des effets de stockage rendant leur gestion difficile par les institutions en charge de leur porter assistance.

Les clients **poly-dépendants**, pour lesquels la cocaïne est la drogue privilégiée, mais consommant également de l'héroïne et l'alcool, cumulant les vulnérabilités et dont le risque de désocialisation est plus important que pour les autres profils. Les sorties du dispositif se font principalement pour des ruptures explicites.

Même si leurs vulnérabilités sont grandement partagées, ces populations ne peuvent avoir strictement les mêmes besoins. Constituant de facto des groupes cibles, un **traitement ou une prise en charge particularisés** pourraient leur être accordés au vu de ces résultats. A noter que ces profils sont ceux que les analyses faites au niveau suisse révélaient. Il n'y a donc pas de particularité fribourgeoise.

Par ailleurs, il est évident que des moyens matériels supplémentaires devraient être consacrés à la constitution d'un **système d'information cantonal** pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance. Il convient en particulier **d'améliorer la visibilité statistique** des populations alcoolo-dépendantes et de convenir de la nécessité de ne pas les confondre 'conceptuellement' et 'pratiquement' avec les toxico-dépendants.

La faible harmonisation et l'insuffisante complétude des données disponibles ne témoignent toutefois pas uniquement d'un manque de moyens matériels, mais aussi de problèmes d'articulation entre les institutions et services chargés des populations dépendantes. Sans une **amélioration préalable des synergies fonctionnelle**s, il est illusoire d'imaginer que la saisie et la communication statistique pourront être améliorées de façon pérenne.

II. Offre de prestations, trajectoires et besoins des usagers

Nous avons abordé le cas fribourgeois à partir d'une approche pouvant rendre compte des articulations entre la structure de l'offre, ses différentes modalités de prise en charge et les besoins des usagers dans la perspective du modèle du « cube ». Ce faisant, nous avons analysé très systématiquement trois axes d'intervention : *prévention et intervention précoce*, *réduction des risques* et *traitement*. Nous allons explorer ici les principales articulations entre les différents dispositifs et les demandes des usagers.

2.1. Articulations I : prévention secondaire et intervention précoce

Dans le canton de Fribourg, l'association REPER[2] est le principal acteur de la prévention primaire. Ses interventions, destinées à des populations n'ayant encore jamais consommé de produits psychotropes, vont s'inscrire dans le cadre de programmes d'information et de formation ainsi que dans celui du développement et de l'accompagnement de projets destinés à des populations jeunes et adultes.

[2] L'association REPER est issue de la fusion de la LIFAT — prévention primaire — et de RELEASE — prévention secondaire et tertiaire. (2006).

La prévention secondaire et l'intervention précoce vont cibler des comportements à risque — risques pour soi et risques pour autrui —, des populations à risque ainsi que les comportements de consommation problématiques et l'addiction. Les interventions vont s'inscrire dans une approche combinant la *rencontre*, le *repérage* et *l'intervention*. La prise en charge dans le cadre de l'intervention relève de l'aide à la motivation, du soutien à l'auto changement et, selon les situations, d'un accompagnement vers une prise en charge spécialisée. La prévention secondaire et l'intervention précoce vont requérir la maîtrise de certaines techniques et outils, dont en particulier celle de l'entretien motivationnel. Les acteurs qui, dans le cadre de leurs activités professionnelles, vont être les mieux à même de repérer les comportements à risque, de même que les consommations à risque et les populations à risque constituent les principaux acteur de la prévention secondaire et de l'intervention précoce. Parmi ceux-ci figurent notamment les médecins de premier recours, les médecins du travail, les médecins scolaires, les infirmières scolaires de même que es enseignants et des travailleurs sociaux.

Nous observons toutefois que paradoxalement ils sont ceux qui paraissent les moins engagés. C'est en particulier le cas des médecins de premier recours dont la maîtrise des techniques de l'intervention précoce et de l'accompagnement paraît très inégale. L'association REPER constitue le principal acteur de la prévention secondaire et de l'intervention précoce destinée à des consommateurs de produits psychotropes légaux et illégaux adolescents et jeunes adultes dans le canton de Fribourg. Ses interventions relèvent du travail de rue, de l'accueil sur son site, de l'intervention brève, de l'intervention lors de soirées festives ainsi qu'en milieu institutionnel et scolaire.

Dans la perspective de la mise en place d'une politique de prévention secondaire et d'intervention précoce dans le cadre du modèle du « cube », les enjeux vont être liés à la capacité d'articulation des différents acteurs, à la réticulation pertinente de leurs actions et par le développement de réseaux de compétences entre les structures spécialisés ambulatoires et les acteurs non spécialisés de la prévention. Cette intention ne semble pas hors de portée. De « bonnes pratiques », notamment dans certains cantons romands, mettent en évidence son effectivité. De même, les interventions de l'association REPER montrent que, dans cette perspective, le canton de Fribourg n'est pas privé d'atouts.

2.2. Articulations II : la réduction des risques, un axe encore faiblement intégré

L'inscription en 1994 d'un secteur de « réduction des risques » dans le cadre de l'adoption du modèle des « quatre piliers » a pour objet la préservation du capital santé et du capital social des populations consommatrices durant les phases à haut risque

de consommation. Face à ces enjeux, la prise en charge des usagers va s'inscrire dans une articulation entre des prestations socio-sanitaires d'urgence et des prestations d'insertion. Dans le premier axe l'objectif consistera à offrir l'accès à des prestations de base de type socio-sanitaire à une population plus ou moins fortement désinsérée. Dans une perspective à plus long terme, l'objectif du second axe consistera à inscrire cette population au sein des filières classiques de soins et au sein des dispositifs de prestations socio-professionnelles. Dans le secteur fribourgeoise de la réduction des risques, le segment socio-éducatif de l'offre est constitué des structures ambulatoire de la Fondation du Tremplin — Centre de jour dit « Au Seuil » et Ateliers de Fribourg — et le segment médical par le Centre de traitement des addictions.

Nous observons que le secteur fribourgeois de réduction des risques ne parvient pas à déployer tous les effets escomptés, que ce soit dans le cadre de son offre médicale — soins médicaux de base et traitements de substitution — ou dans celui de son offre socio-éducative. En effet, il apparaît que le secteur de réduction des risques ne dispose pas d'une offre de soins de santé de base, de même, il ne dispose pas d'un programme de traitement de substitution « à bas seuil ». L'offre socio-éducative, pour sa part, peine à aller au-delà des prestations socio-sanitaires d'urgence.

Soins de santé de base

Bien que doté d'un poste de médecin somaticien (30 %), le Centre de traitement des addictions ne parvient plus à le repourvoir depuis plusieurs années. Quant aux structures ambulatoires de la Fondation du Tremplin, elles ne bénéficient pas d'une intervention régulière de professionnels de la santé — médecin ou infirmier.

Cette situation constitue un enjeu de taille pour le dispositif dépendance. En effet, certains acteurs ont attiré notre attention sur certaines situations sanitaires pour le moins préoccupantes. Ainsi, la prison centrale de Fribourg, certains secteurs de l'Hôpital cantonal et Thalassa sont aujourd'hui en première ligne par rapport à cette situation. La mise en place d'une offre de soins de santé de base au sein des secteurs de réduction des risques est liée à un postulat selon lequel certains groupes de populations dépendantes ne consultent qu'en cas d'urgence, voire d'extrême urgence. Ce faisant, ils vont s'adresser en priorité aux services des urgences des hôpitaux. Certaines expériences négatives au contact du système médical, une certaine honte face à leur situation, un rapport au corps qui ne permet pas de réaliser la nécessité de soins médicaux sont généralement mobilisés pour expliquer cette absence de demande.

La mise en place d'une offre ambulatoire destinée aux soins de santé de base sous la forme d'une équipe mobile et

pluridisciplinaire a été envisagée par nos interlocuteurs. Il apparaît qu'un dispositif de ce type pourrait être favorable au travail d'approche et de rencontre dont on a vu l'importance dans la stratégie de réduction des risques. Son articulation avec l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin pourrait également être envisagée. Elle permettrait, en effet, d'inscrire cette prestation au sein d'une structures à « bas seuil d'exigence » et, qui plus est, à proximité des lieux de vie de la population cible.

Plusieurs éléments pourraient être favorables à la mise en place d'une structure à la fois mobile et stationnaire. Le Projet fribourgeois de Méthadone Injectable (PROMI) au cours duquel les usagers des structures ambulatoire du Tremplin ont pu bénéficier de prestations de soins de base, ainsi que d'une médiation au niveau de l'hôpital cantonal tend à mettre en évidence que ces prestations ont pu jouer un rôle de prévention au niveau somatique grâce aux relations de confiances et aux respects mutuels entre usagers et infirmières de PROMI et à une meilleure relation soignant à soigné au niveau des urgences de l'Hôpital cantonal. L'expérience de Grisélidis Fribourg peut également constituer un atout dans le cadre de la réflexion et de l'élaboration d'un tel dispositif. En effet, cette structure qui intervient par le biais de permanences au sein de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin ainsi qu'au sein du Centre de traitement des addictions est en mesure, grâce à son intégration au sein de Fri-Santé[3] d'offrir des soins de santé.

Programme de substitution « à bas seuil »

Le canton de Fribourg ne dispose pas d'une offre de traitements de substitution « à bas seuil ». Le Centre de traitement des addictions ne propose pas, en effet, un programme répondant aux exigences du secteur de réduction des risques, que ce soit au niveau des conditions d'accès, au niveau des prestations, au niveau de l'approche et de ses objectifs. La politique actuelle s'inscrirait davantage dans la perspective d'une réduction de son accès à certaines catégories de patients par une application plus strictes de son règlement. Il apparaît, en effet, que le Centre de traitement des addictions a provoqué le transfert, auprès des médecins privés ainsi que des pharmaciens, d'un certain nombre de ses patients dont certains figuraient parmi les moins stabilisés et les plus marginalisés de sa file active. La mobilisation cette stratégie avait pour objet de gérer une situation marquée par une détérioration du climat de travail au sein du Centre de traitement des addictions en lien avec le comportement de certains groupes de patients. Dans cette perspective figurait également la décision de réduire la fréquence de distribution des traitements de maintenance — soit de cinq à trois par semaine.

[3] Fri-Santé est un projet de Médecins Sans Frontières Suisse (MSF-CH) destiné à favoriser l'accès aux soins des personnes marginalisées et dont les activités ont débuté à Fribourg en juin 2003.

En regard des recommandations de certains experts, le transfert auprès des médecins privés et des pharmaciens de cette catégorie de patients ne paraîtrait pas indiqué. En effet, ces derniers recommandent, en présence de comorbidités psychiatriques et sociales et/ou d'une polytoxicomanie, une prise en charge des traitements de substitution au sein des structures spécialisées. Ces mêmes experts soulignent également que la dotation dont vont disposer ces structures spécialisées constitue une facteur important au niveau de leur capacité de prise en charge de ces patients : « *La prise en charge des usagers de drogues dans un centre de substitution est très éprouvante pour les soignants. Une équipe trop peu nombreuse peut compromettre la sécurité et mettre les patients en péril.* »[4]

Dans la perspective d'une mise en place d'un programme de traitement de substitution « à bas seuil », la question relative à sa localisation pourrait constituer un enjeu important. Située au sein du Centre de traitement des addictions, la question de la cohabitation de patients dont les profils sont très dissemblables devrait être prise en compte. A l'inverse, le Centre de traitement des addictions paraît peu favorable à une stratégie axée sur un travail d'approche et de rencontre et consistant à « *aller au-devant des usagers* », de venir à eux ou à les accueillir au sein de structures dont l'accès est à « bas seuil d'exigence » et proche de leur lieux de vie. Enfin, dans le cadre de l'offre du secteur de réduction des risques, la prise en charge des patients va s'articuler sur des prestations de base que ce soit au niveau des soins médicaux — somatique et psychiatrique — ou au niveau socio-éducatif. Dans ce cadre, la mobilisation de spécialistes de l'addiction paraît d'autant moins indiquée que l'objectif n'est pas la consommation, mais ses conséquences socio-sanitaires.

Une stratégie visant à privilégier l'existant par la mise en place d'une offre de traitement de substitution « à bas seuil » au sein des structures ambulatoire de la Fondation du Tremplin pourrait être une hypothèse. Plusieurs éléments pourraient être favorables à une telle option. Ainsi le Centre de traitement des addictions pourrait envisager une collaboration, ainsi que le soulignait l'un de ses principaux acteurs, en termes de liaison — l'addictologie de liaison. De même, les acquis du Projet fribourgeois de Méthadone Injectable (PROMI) qui a été réalisé dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) du Centre psychosocial de Fribourg et la Fondation du Tremplin.[5] Cette expérience menée entre 1996 et 1998 pourrait s'avérer, en effet, précieuse au niveau de la réflexion et de l'élaboration d'un tel dispositif.

---

4 André Seidenberg et Ueli Honegger (2001). *Méthadone, héroïne et autres opioïdes. La prescription des opioïdes en milieu ambulatoire*. Chêne-Bourg. Médecine et Hygiène.

5 « *C'est en février 1994 que ces deux institutions ont élaboré et signé une convention qui a posé le cadre de PROMI et défini la modalité de son fonctionnement. Par la suite, le Centre psycho-social a créé l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) qui a débuté son activité en mars 1994 dans le bâtiment du Tremplin.* » In Lara Bernardoni, Michela Boggini, Amanda Hauri (1998). *Rapport final. Recherche-intervention réalisée dans le cadre du Projet Intégré 1996 – 1998*. Fribourg. Université de Fribourg. Chaire de Travail Social.

2.3. Articulations III : le traitement, enjeux et obstacles de l'intégration du résidentiel et de l'ambulatoire

Le recours à l'offre résidentielle intervient essentiellement dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, ainsi que lors d'une hospitalisation à Thalassa, l'unité stationnaire de la chaîne de soins « addiction » du Secteur de psychiatrie pour adulte. De même, au niveau de certaines procédures pénales et de privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA). Les conditions d'articulations entre l'ambulatoire et le résidentiel vont être déterminantes au niveau de la continuité des soins et de la rétention des patients au sein du dispositif.

Il apparaît que l'offre résidentielle fribourgeoise n'est actuellement pas en mesure de satisfaire pleinement la demande de la chaîne de soins « addiction ». Des prolongations de séjours hospitaliers à Thalassa, en dehors de toute justification médicale, sont l'une des conséquences de cette situation, malgré certains ajustements déjà intervenus. Dans une perspective d'ajustement de l'offre résidentielle fribourgeoise, les conditions d'accès, la durée de séjour, la gestion de la consommation ainsi que les objectifs de prise en charge vont être des enjeux déterminants. Il apparaît en effet, qu'en regard des demandes de la chaîne de soins « addiction », un segment de l'offre résidentielle « à bas seuil d'exigences » devrait être destiné à des séjours de courte durée. De même, au sein du compartiment de l'offre résidentielle destiné aux séjours de longue durée dans une perspective d'insertion socio-professionnelle, la modulation de la durée des programmes constitue un critère d'adéquation de l'offre par rapport à la demande de Thalassa.

La gestion de la consommation au sein d'un segment de l'offre résidentielle « à bas seuil » va poser la problématique des conditions d'accès ainsi que celle du référentiel au sein duquel les structures vont s'inscrire. Au sein du même segment, les enjeux liés à la gestion de situations de comorbidités de type psychiatrique, en particulier lors de situations de crise, va poser la problématique du renforcement de ces structures, au niveau de l'encadrement ainsi qu'au niveau de la mise en place d'un dispositif de liaison — addictologie — au sein de la chaîne de soins « addiction ».

2.3.1. Environnement médical non spécialisé : enjeux et articulations

Dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes, le principal enjeu liés aux articulations entre le dispositif dépendance et les acteurs de l'environnement médical non spécialisé est lié aux conditions cadre susceptibles de renforcer la participation des professionnels de la santé non spécialisés au dans la prévention secondaire et dans l'intervention précoce ainsi que dans les traitements de substitutions — selon indication. Il apparaît, à cet égard, que deux axes d'intervention

vont être déterminants : le renforcement des compétences en termes de formations, d'information et d'échanges entre praticiens ; la mise en place d'un réseau spécialisé de soutien.

A cet égard, le concept de « réseau de soins communautaires », s'articulant autour de trois pôles de compétences complémentaires — médecins de premier recours ; structures médicosociales ambulatoires spécialisées ; hôpital somatique et hôpital psychiatrique non spécialisés — apparaît comme l'une des pistes les plus intéressantes. En effet, cette approche permet une meilleure intégration des acteurs ainsi qu'une meilleure organisation des interfaces entre le pôle spécialisé et les pôles non spécialisés. Ce faisant, elle offre des conditions cadre favorables aux interventions des spécialistes à destination des médecins de premier recours ainsi que des structures hospitalières en qualité de dispositifs ressources — expertise, formation, information et soutien — ainsi qu'en termes de prestations par la prise en charge des usagers en cas de besoin. L'adoption d'un tel concept impliquerait certains ajustements au niveau de la *structure de l'offre* de soins : renforcement des compétences, création d'interfaces et de coopérations productives entre tous les acteurs afin de renforcer son degré d'adéquation avec la demande. Des expériences menées dans le canton de Neuchâtel et dans le canton de Vaud mettent en évidence la faisabilité de ces ajustements.

2.3.2. Environnement social non spécialisé : enjeux et articulations

Les prestations des structures et acteurs de l'environnement social non spécialisé relèvent de l'insertion, dont en particulier l'insertion sociale, l'insertion professionnelle ou occupationnelle et l'insertion au logement, etc. Dans le cadre de l'insertion sociale, les interventions mobilisées auront pour objet les réseaux de solidarité primaire — famille, amis, copains, voisins, etc. — ainsi que secondaire — aide sociale, institutions diverses, services de l'Etat, etc. Au niveau de l'insertion professionnelle, les objectifs des prestations relèveront de l'accès à la formation, de l'accès et du maintien à l'emploi, voire de l'accès à une occupation. Dans le cadre de l'insertion au logement, la prise en charge et l'accompagnement des usagers va s'inscrire au sein d'une offre de logements qui relève du logement d'urgence, du logement transitoire et du logement stable.

Il apparaît que l'offre fribourgeoise actuelle n'est pas toujours en mesure d'offrir un accès et une prise en charge qui soient suffisants et adaptés aux besoins d'une population à plus faible autonomie, plus fragile et plus instable, confrontées à des comorbidités et, pour une partie d'entre elle, consommatrice selon des comportements d'usage divers. La capacité d'ajustement de l'offre d'insertion socio-professionnelle et de l'offre d'insertion au logement du canton de Fribourg va

dépendre, d'une part, des ressources dont disposent les différents prestataires, en particulier au niveau de la composition de leur encadrement. Elle va dépendre, d'autre part, de leur capacité de prendre en compte des problématiques telles que la consommation de substances, les situations de comorbidités psychiatriques, l'absence d'autonomie, l'absence de projet en particulier au niveau professionnel ou occupationnel, ainsi que l'absence de perspectives sur le marché de l'emploi et/ou sur le marché du logement locatif. Dans ce contexte, la mise en place d'une l'offre de liaison au niveau de la chaîne de soins addiction pourrait s'avérer, ici également, déterminante.

2.3.3. Etablissements d'enfermement : enjeux et articulations

Nombre de trajectoires individuelles vont être marquées par des séjours de plus ou moins longue durée au sein d'établissements fermés du canton : détention préventive ; exécution de sanctions pénales ; exécution de mesures pénales — traitement des addictions (art. 60 CPS) ; traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS) — ; privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa). Certains types de comportements peuvent également entraîner un enfermement, que ce soit lié à la consommation — consommation massive (alcool), mise en danger de soi[6], aliénation par rapport au produit — ou à une comorbidité psychiatrique, par exemple.

La consommation de produits psychotropes, ainsi que les comportements d'usage de consommation sont les principaux enjeux liés aux séjours des populations dépendantes au sein des établissements fermés. Leur prise en compte relève à la fois de la réduction des risques, de la prévention secondaire et de l'intervention précoce, ainsi que des traitements. Nous observons, au sein des établissements fribourgeois, une absence de prestations dans le cadre de la réduction des risques, en particulier au niveau de la distribution de matériel d'injection et de matériel stérile. L'accent, au sein de certains d'entre eux, va être mis essentiellement sur les contrôles et la répression, une stratégie qui n'empêcherait toutefois pas, selon certains de nos interlocuteurs — médecins, acteurs de la justice et du pénal, usagers —, la présence de produits et la consommation.

Aucun des trois établissements du canton n'autorise actuellement la mise en route de traitements de substitution. En revanche, le suivi des traitements entamés avant l'incarcération est garanti à la prison centrale ainsi qu'au Foyer de La Sapinière.

[6] *« Nous appliquons un critère. Toute personne qui fait deux overdoses dans un laps de temps de trois mois, nous l'envoyons à La Sapinière. Nous demandons une privation de liberté ordinaire et nous obtenons son placement. Quand une personne ne peut plus contrôler ses consommations, nous sommes au-delà du craving, nous parlons alors d'aliénation. Le patient est soumis au produit dont il a perdu le contrôle. Est-ce que je dois l'enfermer à l'hôpital, ce n'est pas le rôle de l'hôpital ? Quelle est la structure capable de maintenir quelqu'un en état de sevrage forcé dans le canton ? C'est La Sapinière. »*

Ce n'est pas le cas des établissements de Bellechasse. La mise en place de traitements de substitution dans le cadre d'un séjour au sein d'un établissement fermé pourrait constituer un levier dans la perspective d'une insertion au sein des filières traditionnelles de soins au moment de la sortie. Les traitements de maintenance interviennent également en termes de stratégie de réduction des risques, que ce soit par rapport à la consommation — risques d'overdoses — ou par rapport aux comportements d'usages de consommation — maladies infectieuses en particulier.

L'offre au niveau des interventions psychiatriques au sein des établissements fermés du canton nous a été décrite comme très insuffisante par certains acteurs du monde pénal et médical. Un psychiatre du Centre psycho-social intervient à raison de 20 % à Bellechasse, 10 % au Foyer de La Sapinière, ainsi qu'à raison de quatre heures hebdomadaires à la prison centrale. La gestion des épisodes de crises de type psychiatrique apparaît également comme très insatisfaisante. En effet, malgré l'existence de locaux sécurisés, destinés à accueillir des détenus au Centre de soins hospitalier de Marsens, les établissements fermés du canton sont contraints de recourir à une offre extra-cantonale — unités carcérales psychiatriques de Genève et de Berne. Cette stratégie est décrite comme peu satisfaisante en raison de la brièveté des séjours.

La mise en place d'une offre de psychiatrie forensique apparaît comme une mesure d'ajustement susceptible de renforcer capacité d'adéquation de l'offre par rapport à la demande, voire de favoriser une prise en charge des personnes dépendantes, tant au niveau de leur dépendance — hypothèse de la mise en place de traitements de substitution — ainsi qu'au niveau de leurs pathologies psychiatriques lors de situations de comorbidités. Un groupe de travail « psychiatrie forensique » a été mis en place dans le canton de Fribourg, sous l'égide des départements de la Santé et des affaires sociale et de la Sécurité. Se pose toutefois la question relative à la capacité d'un dispositif de psychiatrie forensique de prendre en compte les demandes non liées à l'exécution des sanctions et des mesures pénales en situation de concurrence entre demandeurs.

3. Conclusions générales

Quand bien même les données quantitatives utilisées sont partielles et doivent être considérées comme des échantillons, notre analyse esquisse trois profils de dépendance suggérant trois besoins d'accompagnement différents :

Les clients essentiellement alcoolo-dépendants, et dont le passage en traitement résidentiel amène à une plus faible consommation et une stabilisation des vulnérabilités. Les sorties du dispositif, qui durent en moyenne moins d'un an, se font de manière essentiellement régulières, avec ou sans transfert vers

l'ambulatoire et correspondent à une dépendance plus faible à l'alcool.

Les clients ayant l'héroïne comme substance à problème principal, et dont le traitement de la dépendance par des traitements ambulatoires de substitution permet d'éviter un accroissement des vulnérabilités, mais dont les sorties du dispositif sont moins dues à l'abstinence/réinsertion qu'à des raisons administratives et/ou de rechute. Ces populations tendent à rester dans les dispositifs durant plusieurs années et leur faible diminution crée des effets de stockage rendant leur gestion difficile par les institutions en charge de leur porter assistance.

Les clients poly-dépendants, pour lesquels la cocaïne est la drogue privilégiée, mais consommant également de l'héroïne et l'alcool, cumulant les vulnérabilités et dont le risque de désocialisation est plus important que pour les autres profils. Les sorties du dispositif se font principalement pour des ruptures explicites.

Même si leurs vulnérabilités sont grandement partagées, ces populations ne peuvent avoir strictement les mêmes besoins. Constituant de facto des groupes cibles, un traitement ou une prise en charge particularisés pourraient leur être accordés au vu de ces résultats. A noter que ces profils sont ceux que les analyses faites au niveau suisse révélaient. Il n'y a donc pas de particularité fribourgeoise. Cependant, ces données ne permettent pas véritablement de tracer un profil de demande ajusté à chaque catégorie d'où l'intérêt d'une approche qualitative permettant de cerner au plus près non seulement les besoins des usagers et les demandes exprimés par les acteurs des différents dispositifs, ainsi que leurs articulations respectives.

Le diagnostic de la situation fribourgeoise en matière de mise en œuvre d'une **politique de prévention secondaire** dans le cadre du modèle du cube renvoie à une série d'enjeux relevant à la fois de l'offre de prestations existante, de l'articulation des acteurs, de la réticulation pertinente de leurs actions et du renforcement de leurs compétences.

A Fribourg le secteur « réduction des risques » ne parvient pas actuellement à déployer tous les effets escomptés. Ce diagnostic ouvre plusieurs pistes de réflexion : renforcer l'articulation entre les pôles médico-social spécialisé et socio-éducatif spécialisé ; inscrire l'ajustement de l'offre actuelle ainsi que la création de nouvelles structures dans le cadre de cette articulation ; renforcer la pluridisciplinarité des équipes et garantir l'accès des populations les moins stabilisées et les plus marginalisées au soins primaires et au traitement de substitution dans le cadre de l'offre ambulatoire médico-sociale spécialisée par une adaptation du seuil d'accès ; renforcer la capacité d'accroche des usagers

les plus marginalisée au sein du pôle socio-éducatif et renforcer leur compliance au niveau du pôle médico-social.

Dans le cadre du référentiel du « cube », la capacité du dispositif en matière de **traitement** est conditionnée par l'organisation d'interfaces entre le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire. L'organisation des articulations, au sein d'un référentiel commun, apparaît comme un enjeu majeur.

L'ajustement de l'offre résidentielle par la mise en place de structures intermédiaires en termes de « relais psycho-socio-éducatifs » apparaît également comme un élément clé d'un renforcement du « dispositif traitement ». Son élargissement et sa diversification devraient ainsi permettre l'accès à l'ensemble des populations dépendantes, en particulier à celles confrontées à des pathologies psychiatriques graves. La création de nouvelles structures intermédiaires et le redimensionnement parallèle du secteur résidentiel au niveau de son offre actuelle semblent s'imposer. Dans ce contexte, le résidentiel sera amené à prendre en charge des catégories de populations plus instables et plus marginalisées, confrontées notamment à des double diagnostics. L'addictologie et la psychiatrie de liaison constituent une possibilité de passerelle entre les différentes prises en charges.

La formalisation des procédures de collaboration apparaît comme un des éléments clé d'une bonne intégration de l'offre résidentielle. Ce faisant la nécessité de parvenir à une définition commune de la problématique de l'addiction et des troubles qu'elle entraîne apparaît comme un préalable dans la mesure où elle favorisera l'adoption d'un référentiel commun.

Une prise en charge de type « intégratif » telle que le préconise le modèle du cube repose sur une évaluation globale des usagers (médico-psycho-sociale) au moment de leur entrée au sein d'un dispositif — *porte d'entrée unique*. Dans cette perspective, l'indication aura pour objet, à partir de l'évaluation initiale, de définir le type de prise en charge — bio-psycho-socio-éducatif — qui soit le plus adapté aux besoins de l'usager, compte tenu de l'offre de mesures susceptible d'être mobilisée. La bonne personne au bon endroit au bon moment et pour une bonne durée, tel est l'enjeu essentiel du processus d'indication.

Ces pistes de réflexion ne sont pas hors de portée. La « quadrature du cube » ne semble pas une figure insoluble. La transversalité des actions et la coordination des acteurs, l'articulation des services concernés constituent la clé de voûte d'une prise en compte de l'hétérogénéité des profils et des besoins des usagers. Dans ce domaine aussi, la construction d'une conception partagée des finalités de l'action collective dessine les contours du champ des possibles.

1. Introduction

La structure actuelle de l'offre du canton de Fribourg destinée aux personnes dépendantes de substances légales et illégales intègre et cristallise les différents changements de la politique de la drogue en Suisse mise en place à partir de 1975 avec l'adoption du modèle dit des « trois piliers ». Cette politique a connu une rupture paradigmatique au cours des années 1990 avec l'adoption du modèle des « quatre piliers » — prévention ; traitement ; réduction des risques ; répression. Ce modèle va être progressivement consolidé. Au début de cette décennie, le « modèle du cube » élargit cette approche par la prise en compte de l'évolution des connaissances, en particulier au niveau des types de consommation et des profils des consommateurs. Cette nouvelle démarche, qui s'inscrit dans le paradigme de l'addiction, favorise une approche intégrée et transdisciplinaire au niveau des dispositifs de prise en charge des dépendances.

La décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de réduire la participation financière de l'Assurance invalidité (AI) dans la prise en charge des traitements résidentiels (1996) a eu aussi des répercussions importantes. En effet, elle a favorisé, au sein des cantons et communes désormais principaux bailleurs de fonds, l'émergence d'une pratique plus fortement axée sur des critères financiers et privilégiant davantage le recours à l'ambulatoire.

Dans ce contexte général, l'offre actuelle et à venir de traitement et de prise en charge des personnes dépendantes aux substances psychoactives légales et illégales du Canton de Fribourg est confrontée à deux problématiques majeures, l'une relative à son financement, l'autre à son adéquation à la demande. Ces deux aspects sont étroitement liés.

La problématique financière relève, en amont, de décisions prises au niveau de la Confédération. A ce titre, Fribourg est confronté à des contraintes qui sont similaires à celles des autres cantons suisses. Dans son plan financier (2007 – 2011), le Conseil d'Etat fribourgeois a défini un certain nombre de mesures structurelles et organisationnelles visant à favoriser un équilibre durable des finances de l'Etat. Parmi les six axes qui ont été retenus figure la nécessité d'une « *évaluation plus fine des besoins* ». Il apparaît, dans ce cadre, que l'offre des secteurs en charge du traitement des addictions sera particulièrement touchée. Elle fera ainsi l'objet « *d'un examen critique, des comparaisons intercantonales de dotation seront établies et une évaluation des besoins futurs sera réalisée* »[7]. Ce faisant, et ainsi que le note le médecin cantonal, le Dr. Chung-Yol Lee, la question de l'adéquation de l'offre et de la demande se heurte à un constat selon lequel « *on ne sait pas si l'offre de prise en*

[7] Rapport du Conseil d'Etat (2007). Programme gouvernemental et plan financier de la législature 2007-2011.

charge correspond aux besoins. Différentes institutions oeuvrant dans le domaine des addictions ont exprimé des nécessités de prise en charge par rapport à des nouveaux besoins, ou pour mieux faire face à l'évolution de ceux-ci. »[8]

En 2006, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a désigné un groupe de travail intitulé « *Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes* » qui a été chargé d'élaborer pour le canton de Fribourg un concept de prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux. Dans l'attente de ses conclusions, aucun changement ne devrait intervenir au niveau de l'offre actuelle. Depuis 2008, son chef de projet participe au sous-groupe de travail « *Addiction* » mis en place dans le cadre de la mise en œuvre de la RPT (répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons). Le mandat confié au groupe projet a pour objet la mise en place d'un dispositif cantonal de prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux qui soit susceptible de répondre à la demande actuelle, ainsi qu'à son évolution à moyen terme — évolution prévisible — et à long terme, ceci dans le cadre du plan financier élaboré par le Conseil d'Etat.

Dans le cadre de ses travaux, la Coordination a été confrontée à la difficulté de déterminer le degré d'adéquation de l'offre — actuelle ou en projet — tant au niveau des besoins actuels qu'au niveau des besoins émergents. Elle relève, en effet, que :

> *« Nous ne savons pas si l'offre proposée — existante et/ou proposée par des projets — correspond aux besoins, quels sont les besoins non couverts — quand au nombre et quant à la problématique — ni de quelle manière l'offre de prise en charge pourrait éventuellement être articulée différemment pour mieux faire face aux besoins actuels. Les besoins annoncés par les institutions ne sont pas appuyés par une analyse méthodique et d'ensemble et ils ne sont pas quantifiés. Nous ne connaissons pas les besoins exprimés par les personnes dépendantes. »*

Ce faisant, elle a exprimé la nécessité de pouvoir disposer d'une étude qualitative et quantitative visant à lui offrir une vision aussi précise que possible de la situation prévalant dans le canton afin de lui permettre de répondre au mieux aux objectifs qui lui ont été assignés par le Conseil d'Etat. Dans ce contexte, un mandat de recherche a été confié à l'Observatoire de la Ville et du Développement durable de l'Université de Lausanne, mandat qui comporte deux objectifs principaux :

- **identifier l'offre** de prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux dans le canton de Fribourg ;
- **analyser les besoins** en matière de prise en charge des personnes dépendantes dans le canton.

[8] Dr. Chung-Yol Lee (2008). Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg. Mandat. Fribourg. Service du médecin cantonal.

Le mandataire a précisé toutefois que l'analyse des besoins était prioritaire par rapport à celle des prestations. L'enjeu essentiel de la recherche consistera ainsi à évaluer l'articulation de l'offre existante à l'évolution des besoins et demandes des usagers des différents dispositifs.

Pour aborder cette recherche exploratoire, nous avons mobilisé, d'entente avec le mandataire, trois approches complémentaires :

- une *analyse documentaire permettant* de rendre compte de l'offre actuelle et qui repose notamment sur les documents disponibles tant au niveau du canton que des institutions concernées : les rapports d'activité, les brochures à disposition des usagers, les documents de référence qualité, les études menées à l'initiative des institutions résidentielles de traitement, la littérature grise, les données et informations mises en ligne par Infodrog, coordination intervention suisse ;
- une *approche quantitative* permettant d'identifier le plus clairement possible des caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et addictives des populations dépendantes, lato sensu, résidant dans le canton, et fondée sur des données sous format électronique en notre possession au 31.08.2008 ;
- une *démarche qualitative* permettant d'explorer les principaux enjeux de l'articulation entre l'offre des prestations et les demandes des usagers. Ce volet est fondé sur une quarantaine d'entretiens approfondis réalisés au niveau des services cantonaux concernés, des institutions, du Centre de traitement des addictions, le Centre de soins hospitalier de Marsens, de médecins de premier recours ainsi qu'au niveau de la population confrontée à la problématique de la dépendance et bénéficiant d'une prise en charge au sein du dispositif cantonal. Cette analyse a pris également en compte les aspects judiciaires et pénaux de la problématique. Dans ce cadre, des entretiens ont également été menés auprès des établissements pénitentiaires et de l'Exécution des peines.

La complexité de la problématique de recherche a rendu nécessaire une étude exploratoire préalable, tant au niveau de la littérature qu'à celui des situations dans les cantons de Genève, Neuchâtel et Vaud en matière de prise en charge des dépendances à l'alcool et aux produits psychotropes. Les interlocuteurs que nous avons rencontrés dans ces cantons nous ont aussi fourni des informations et des documents qui nous ont permis d'approfondir notre compréhension de la problématique[9]. Qu'ils en soient ici tous chaleureusement remerciés. Evidemment, nous sommes seuls responsables des interprétations de toutes les informations qui nous ont été aimablement mises à disposition.

[9] Dr. Abril (Billens, Romont), M. Berset (13 Ouvert et Drop-in, Neuchâtel), Dr. Bonsack (Hôpital psychiatrique de Cery), M. Boudier (Fondation Bartimée, Grandson), Dr. Broers (HUG), Dr. Daeppen (CHUV), M. Descoeudres (Cannado et Drop-in, Neuchâtel), Dr. Forster (COROMA, Morges), Dr. Gache (HUG), Dr. Gothuey (UST, Montreux), M. Magny (Quai 9, Genève), Dr. Monnat (Saint-Martin, Lausanne), Dr. Porchet (Drop-in, Neuchâtel), M. Pythoud (Le Passage, Lausanne), Mme Roncero (ex directrice du Passage, Lausanne et assistante sociale, Lonay), M. Wildhaber (pharmacien, Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions, COROPHA, Neuchâtel).

Ce rapport rend compte de manière synthétique des principaux résultats de la recherche. Dans une première partie, nous décrivons brièvement les institutions en charge de l'offre de prestations. Nous aborderons ensuite les profils des usagers à travers une analyse statistique qui en restitue les principales caractéristiques socio-démographiques. Enfin, dans la troisième partie, nous exposons les principaux résultats issus de l'analyse qualitative menée auprès des principaux acteurs de l'offre de prestations spécialisées et non-spécialisées et des usagers des différents dispositifs.

2. Les référentiels de l'action publique et l'offre institutionnelle du Canton de Fribourg : repères

La structure actuelle de l'offre du canton de Fribourg destinée aux personnes dépendantes de substances légales et illégales s'inscrit dans le cadre général de la politique de la drogue en Suisse et de son évolution entre 1975 et 2005. Rappelons-en rapidement et schématiquement les principaux aspects avant d'aborder brièvement le paysage institutionnel fribourgeois en matière de prestations et de prise en charge des populations dépendantes.

2.1. Les référentiels de l'action publique : le modèle des trois piliers, le modèle des quatre piliers et le « cube »

L'analyse des politiques publiques montre de quelles manières les sociétés se protègent en quelque sorte de leurs propres dysfonctionnements. Parole du pouvoir, ces politiques désignent des finalités de l'action collective. L'importance et la nature des moyens qu'elles mobilisent dévoilent des éléments de la culture politique dans un domaine ou de ce que les politistes appellent le référentiel dominant.

Le modèle des « *trois piliers* » - prévention, traitement, répression - a été le référentiel dominant jusqu'au début des années 1990. S'inscrivant dans une démarche d'abstinence, il a permis, dès le milieu des années 1970, la mise en place d'une offre de type résidentiel. L'adoption du modèle des « *quatre piliers* » s'inscrit dans un changement de référentiel de l'action publique. Elle a favorisé un élargissement et un enrichissement de l'offre résidentielle avec le développement de dispositifs de type ambulatoire dans le cadre de la réduction des risques et de l'aide à la survie (4ème pilier). Le modèle des « *quatre piliers* » intègre les approches en matière de « substitution ».

Inscrite dans une approche dite « bas seuil », l'offre ambulatoire des « quatre piliers » a permis, d'une part, d'élargir l'accès à un traitement et à une prise en charge à des personnes jusque-là non demandeuses ou exclues et, d'autre part, de répondre à des besoins jusque-là non pris en charge. Ce faisant, l'évolution de la politique de la drogue en Suisse au cours des années 1990 semble bien avoir permis de renforcer la capacité d'adéquation de l'offre par rapport à la demande en dépit d'une série d'ajustements temporels et institutionnels.

Dans le modèle des « *quatre piliers* », l'abstinence n'est pas posée comme une condition d'accès au segment de l'offre relatif à la réduction des risques. La finalité du système change. Le principe de base consiste à prendre en compte les demandeurs « *là où ils en sont, dans la confidentialité et dans un souci*

permanent de réduction des risques et d'aide à la survie »,[10] l'objectif étant d'assister les consommateurs de drogues illégales « *pendant la phase de dépendance, de les suivre et de les soutenir, afin de leur permettre de traverser cette phase à haut risque dans un état de santé aussi bon que possible et la meilleure intégration sociale possible, et d'augmenter ainsi leurs chances de se sortir de la drogue par la suite.* »[11] Dans une acceptation large, cette offre relève à la fois du domaine médical — prévention du sida et autres infections ; programmes de substitution ; lieux d'injection ; distribution de matériel d'injection ; distribution contrôlée d'héroïne, etc. — et du domaine social et éducatif — remise de nourriture, offre de repas ; hébergement d'urgence, occupations ; hygiène de vie ; etc. Celle-ci peut s'inscrire au sein de structures dites « *Centre d'accueil* » et dans le cadre d'un *travail de rue*.

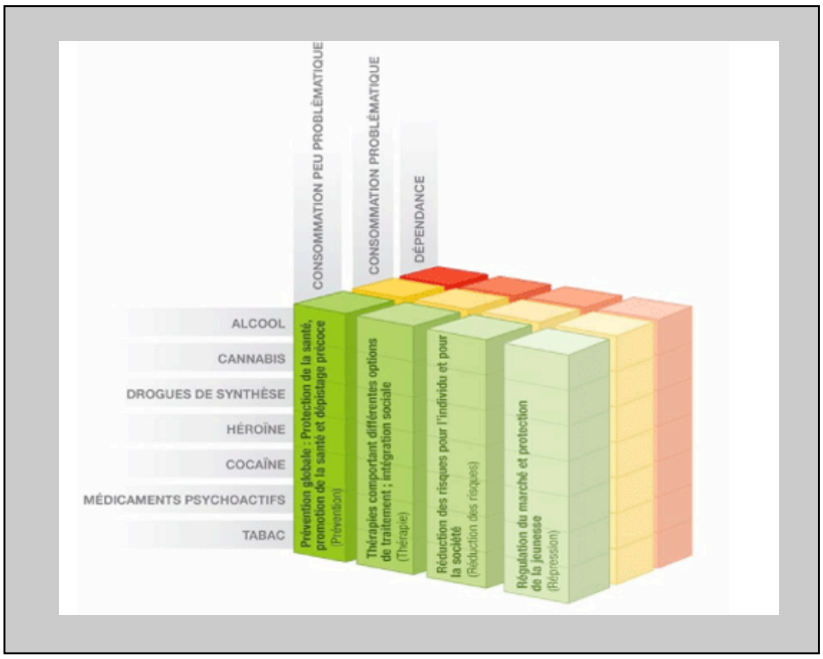


Figure 1. : Le modèle tridimensionnel du « cube ». (Source OFSP).

A partir de 1994, les ajustements qui vont intervenir dans la politique de la Confédération vont avoir essentiellement pour objet la **consolidation du modèle** des « *quatre piliers* » par la prise en compte de l'évolution des connaissances scientifiques et de l'évolution de l'épidémiologie de la consommation — en particulier au niveau du type de consommation et du profil des consommateurs. Dès 2006, le modèle du « *cube* » va permettre un élargissement du modèle des « *quatre piliers* » par l'intégration de deux dimensions supplémentaires : le type de

[10] Sanda Samitca et al. (2001). *Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne. Hospices cantonaux. Département universitaire de médecine et de santé communautaires. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

[11] Office fédéral de la santé publique (OFSP) (1997). Politique de la Confédération en matière de drogue ; des chiffres et des faits.

substances consommées - en supprimant la distinction légale et illégale attribuée aux produits psychotropes ; les usages de consommation - en établissant une distinction entre une consommation peu problématique, une consommation problématique et une dépendance.

Le modèle du « cube » veut prendre en compte le type de consommation. L'objectif consiste à distinguer le degré de gravité de la consommation par produit afin de pouvoir mieux adapter les interventions au sein de chacun des quatre piliers. Le modèle tridimensionnel vise, selon ses concepteurs, à définir une stratégie globale et à permettre « *l'élaboration d'une politique des dépendances réaliste, cohérente, efficace et crédible, qui englobe toutes les substances psychoactives.* » Ce faisant, ce nouveau modèle, qui s'inscrit dans le paradigme de l'addiction, va favoriser une approche intégrée et transdisciplinaire au niveau des dispositifs de prise en charge des dépendances.

Chacun des modèles a permis l'émergence et le développement d'une offre de prestations inscrite dans le cadre de son référentiel. L'adoption du modèle des « *quatre piliers* » a engendré, dans un premier temps, un clivage entre prestataires selon que leur offre relevait du résidentiel ou de l'ambulatoire. L'évolution du contexte structurel, devenu plus défavorable pour le résidentiel à la fin de la décennie 1990, a renforcé ce clivage jusqu'à provoquer une véritable situation de concurrence entre les acteurs des deux segments de l'offre.

Les auteurs du rapport « psychoaktiv.ch » notent à ce propos : « Plusieurs offres de thérapie et de réduction des risques sont actuellement mises en concurrence, essentiellement selon des critères financiers et non pas de critères professionnels d'indication précis. »[12] Cette situation a favorisé une ouverture progressive de l'accès à l'offre résidentielle aux personnes bénéficiant de traitements de substitution. Une partie de l'offre résidentielle du canton de Fribourg s'inscrit dans cette évolution qui s'élargit aussi à la prise en charge des addictions à l'alcool dans le contexte d'une politique globale des dépendances.

A Fribourg, la prise en charge de la dépendance tend à s'inscrire désormais dans la nécessité de gérer les héritages précédents et dans l'impératif de la prise en compte de la nouvelle approche du « cube ».

2.2. L'offre fribourgeoise de prestations : les acteurs majeurs

L'offre institutionnelle du canton de Fribourg est assurée par trois acteurs principaux dont le statut est celui d'association ou de fondation. Ces institutions subventionnées et mandatées par l'Etat assurent la prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg : Le

[12] Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD). (2005). « psychoaktiv.ch ». D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives. Version de travail.

Tremplin à Fribourg et à Pensier, Le Radeau à Orsonnens et Le Torry en ville Fribourg. La fondation du Tremplin et l'association du Radeau, qui prennent en charge les dépendances aux drogues illégales, ont été crées en 1982. La fondation du Torry, qui s'occupe des personnes alcoolodépendantes, a vu le jour, quant à elle, en 1989.

Conçue initialement dans le cadre du *résidentiel*, l'offre institutionnelle relative aux produits psychotropes légaux et illégaux a été marquée par son élargissement à l'ambulatoire dans le cadre de la mise en œuvre de mesures relatives à la réduction des risques. Son évolution a également été marquée par l'inscription de l'offre résidentielle dans le cadre du référentiel de la substitution. L'offre actuelle du canton, destinée aux personnes dépendantes, *s'articule à la fois entre résidentiel et ambulatoire de même qu'entre substitution et sevrage*.

2.2.1. L'association Le Radeau : offre résidentielle et prise en charge individualisée

L'association Le Radeau, Centre d'accueil situé à Orsonnens, accueille des personnes dépendantes pour des séjours d'une durée moyenne comprise entre douze et dix-huit mois. Le Radeau peut accueillir 12 adultes : personnes seules, couples, couples avec enfants, familles monoparentales. L'insertion ou la réinsertion sociale et professionnelle constituent les objectifs de prise en charge.

L'offre du Radeau, qui relève uniquement du résidentiel, repose notamment sur une prise en charge thérapeutique individualisée ainsi que sur des activités en ateliers — atelier d'accueil, atelier pâtisserie, atelier boulangerie, atelier sport et atelier théâtre. L'ouverture de son accès aux personnes bénéficiant d'un traitement de substitution est intervenue au début des années 2000. C'est ainsi que parmi les 27 personnes accueillies en 2006, 19 bénéficiaient d'un traitement de substitution à la méthadone (18 en 2005).

2.2.2. La fondation Le Tremplin : une double offre dans une visée d'insertion

La fondation Le Tremplin comprend quatre secteurs d'activités *ambulatoires* situés en ville de Fribourg — Service social ; Centre de jour dit « *Au Seuil* » ; Ateliers de Fribourg ; Centre Empreinte — et un secteur résidentiel « Le Parcours Horizon », situé à Pensier. « L'Appartement Le Belvédère », qui pouvait accueillir 6 personnes, a été fermé en mars 2006. Ainsi, le Tremplin dispose actuellement d'une offre de type **ambulatoire et résidentielle**.

Offre ambulatoire : les interventions du Tremplin au niveau de son segment ambulatoire relèvent de l'accompagnement social

de proximité (300 personnes suivies en 2006 par le service social du Tremplin), de la réduction des risques, de l'occupation et de la réinsertion socio-professionnelle, ainsi que de la prévention, en particulier au niveau du vih/sida —Empreinte.

Offre résidentielle : l'offre résidentielle au sein du « Parcours Horizon » est destinée à des personnes abstinentes dans un objectif d'insertion socio-professionnelle. Le « Parcours Horizon », qui réunit le « Foyer Horizon » et « l'Atelier Horizon » est le fruit d'une restructuration devenue effective durant l'année 2005 qui a été rendue indispensable en raison de difficultés financières.

L'offre institutionnelle mise en place dans le cadre de la réduction des risques est assurée par le Tremplin dont le centre de jour dit « *Au Seuil* » accueille quotidiennement, durant les jours ouvrables, entre 30 et 100 personnes[13]. Parmi ses prestations figurent notamment la distribution de matériel d'injection, des repas, l'accès à des douches et machines à laver le linge ainsi que des activités de loisirs.

2.2.3. La fondation Le Torry : une double offre et une spécialisation en alcoologie

La fondation Le Torry, centre de traitement des dépendances spécialisé en alcoologie, dispose de 20 places pour des séjours d'une durée de 3 à 24 mois. L'offre résidentielle de traitement repose sur l'articulation de deux programmes, l'un dit de « postsevrage », d'une durée de cinq semaines, l'autre dit de « réinsertion socioprofessionnelle », qui peut aller jusqu'à 24 mois. Des prestations de type ambulatoire destinées aux personnes ayant suivi avec succès l'ensemble du programme résidentiel viennent compléter l'offre thérapeutique du Torry : groupes de prévention à la rechute ; repas au Centre ; ateliers d'expression créative. Dans le cadre de la prévention, le Torry propose, au sein d'un module mis en place en 2005 et intitulé « *Au fil des générations* », des rencontres destinées aux familles ayant au moins un parent alcoolodépendant et visant, d'une part, à renforcer et reconstruire les liens familiaux et, d'autre part, à prévenir une éventuelle dépendance future de leurs enfants.

2.3. Le secteur médicalisé et l'intégration des addictions : évolutions récentes

L'offre médicalisée de prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux relève à la fois du sevrage, de la psychiatrie, du social, de la médecine somatique ainsi que de la prévention (sida, maladie hépatique, etc.) et de la réduction des risques.

[13] Fondation Le Tremplin (2006). *Rapport d'activité 2005*. Fribourg.

Son évolution récente a été marquée par deux innovations importantes qui ont permis de mieux intégrer au sein de l'offre médicalisée les problèmes de dépendance liés à l'alcool et aux médicaments. Ainsi, l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) est devenue en 2005 l'UTA (Unité de traitement des addictions) et ensuite, en 2008, CTA (Centre de traitement des addictions), proposant désormais un traitement des différentes formes d'addiction liées aux produits et sans produits (jeu, achat compulsif, etc.).

De même, l'hôpital psychiatrique de Marsens — devenu depuis le Centre de soins hospitalier — qui disposait, depuis 1996, d'une unité spécialisée dans le sevrage des drogues illicites, a créé en 2004 une nouvelle unité de sevrage qui prend également en charge les patients dépendants de l'alcool. Ce faisant, le traitement des addictions aux produits est désormais assuré par une seule équipe au sein d'une seule unité, l'unité dite « Thalassa ». Le Sud du canton disposait, jusqu'en 2007, d'une unité d'alcoologie (5 lits) sise à hôpital de Billens.

2.3.1. L'hôpital psychiatrique de Marsens : une spécialisation dans le sevrage des substances psychotropes

L'unité « Thalassa » de l'hôpital psychiatrique de Marsens compte 21 lits (22 selon les sources considérées) dont 10 spécialisés dans le sevrage des substances psychotropes illégales. Les patients bénéficient d'un traitement en trois phases — sevrage ; stabilisation ; sortie — au sein desquelles vont être pris en compte tous les aspects psychiques et somatiques des pathologies en présence d'abus d'alcool, de médicaments et de substances illégales. En cas de besoin, le service social de l'hôpital peut également être associé, pour des interventions à plusieurs niveaux : réseau social primaire et secondaire, problématiques de type financier, emploi ou occupation, etc.

2.3.2. L'Unité de traitement des addictions (UTA/CTA) : des addictions sans substances, des traitements de substitution

Le Centre de traitement des addictions (CTA) a pour objet d'accueillir et de prendre en charge des personnes confrontées à des problèmes d'addiction, que ce soit avec ou sans substances. Par son offre de traitements de type ambulatoire, le CTA peut intervenir aussi bien dans le domaine des dépendances liées à l'alcool et aux médicaments, aux drogues illégales ainsi qu'aux dépendances liées au jeu excessif. Les prestations fournies sont de type médical, psychologique et social. Le CTA est également en charge de la remise des traitements de substitution. Ainsi, ce ne sont pas moins de 175 personnes qui ont bénéficié, en 2006, d'un traitement autorisé de substitution sur un total de 438 bénéficiaires pour l'ensemble du canton. Dans le domaine social,

la CTA travaille en collaboration avec le service social de la Fondation du Tremplin.

2.4. En guise de conclusions : éléments clés de l'offre fribourgeoise

L'offre institutionnelle de type résidentiel s'est élevée, durant l'année 2006, à 46 places réparties entre Le Torry (20), Le Radeau (12) et le Foyer Horizon (14) le secteur résidentiel du Tremplin.

Institutions	Nombre de places
Le Torry	20
Centre Le Radeau	12
Foyer Horizon	14
Total	**46**

Tableau 1. : Offre résidentielle de traitement des dépendances aux drogues légales illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg.

Le Centre de soins hospitalier de Marsens, qui dispose d'une unité de sevrage à l'alcool, aux médicaments et aux drogues illégales, ainsi que l'Unité de traitement des addictions (UTA) située en ville de Fribourg, complètent cette offre institutionnelle. L'unité de sevrage du Centre de soins hospitalier de Marsens dispose de 21 lits (Unité Thalassa).

On notera, par ailleurs que 67 médecins du canton ont participé, en 2006, à la distribution des traitements de substitution, de même que le Service psychosocial de Bulle (17). Les hôpitaux du canton prennent également en charge une partie des sevrages physiques de même que certains généralistes.

L'évolution du dispositif tel qu'il se présente aujourd'hui semble indiquer une ouverture progressive de l'offre résidentielle au référentiel de la substitution et aller dans le sens d'une meilleure articulation des dispositifs de prise en charge. En effet, Le Radeau a ouvert, au début des années 2000, l'accès aux personnes bénéficiant d'un traitement de substitution. Cependant, les propos d'Emmanuelle Barboni illustrent toute la difficulté d'une décision prise dans un contexte où le poids des convictions et celui des référentiels en concurrence constituaient un facteur déterminant : « *Si risque il y avait, c'est surtout au niveau de l'insécurité provoquée par le changement qu'il se situait, en tout cas pour les professionnels du Radeau (…)* »[14]

L'offre du Tremplin a connu, en revanche, une évolution différente de celle qui a très largement prévalu au sein du secteur résidentiel en Suisse romande. En effet, dès le début des années 1990, la fondation dispose d'une offre articulée entre le résidentiel et l'ambulatoire. Ainsi, en 1994, parallèlement à son

[14] Emmanuelle Barboni. L'expérience de la cohabitation au Radeau.

secteur ambulatoire, elle met en place un dispositif relatif à la réduction des risques avec son centre de jour. Dès la même année, son dispositif d'appartements transitoires dit « *Le Belvédère* », destiné à l'origine à une population arrivée au terme de son parcours résidentiel, change de population cible au profit de personnes en phase prolongée de toxicodépendance ou au bénéfice d'un traitement de substitution.[15]

La structure institutionnelle de l'offre de traitement et de prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes dans le canton de Fribourg s'inscrit toujours dans le référentiel de l'abstinence. L'accès à l'offre du Torry, qui est de type « *postsevrage* », est conditionné au succès d'un sevrage physique préalable. La mise en place du Centre de traitement des addictions (CTA) courant 2005 a favorisé un élargissement de l'accès à une prise en charge à des personnes jusque-là non demandeuses ou exclues. D'ici quelques mois, cette offre devrait s'élargir avec la mise en œuvre d'un dispositif ambulatoire de consommation contrôlée confiée au Torry.

Par son offre ambulatoire de type « bas seuil », le CTA a permis au canton de Fribourg de disposer d'une offre probablement mieux adaptée aux besoins et aux demandes des personnes alcoolo-dépendantes. Les auteurs du « *Programme national Alcool 2008 à 2012* » (PNA) adopté par le Conseil fédéral le 18 juin 2008 soulignent, à ce propos, qu'une offre thérapeutique articulée sur le résidentiel et sur l'ambulatoire est mieux à même de tenir compte des besoins des personnes, de leur environnement ainsi que de leur degré d'adhésion à un traitement. Une étude récente menée pour le compte de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies[16] a mis en évidence l'importance d'une offre favorisant la transversalité entre ambulatoire et résidentiel. Il semblerait, en effet, selon ses auteurs, que « *les institutions résidentielles accueillent une proportion plus élevée de clients ayant déjà suivi au moins un traitement par le passé (…)* » alors que, de leur côté, les services ambulatoires « *apportent à la plupart de leurs clients une première aide spécialisée pour des problèmes de dépendance (…)* ».

[15] En 1997, la population était décrite comme étant : « 1. femmes et hommes toxicodépendants fribourgeois ; 2. personnes en début ou en cour de traitement de substitution ; 3. Personnes souffrant de problèmes psychiques postérieurs à leur toxicodépendance ». in Fondation Le Tremplin (1997). Appartement « Le Belvédère ».

[16] Marina Delgrande Jordan et Etienne Maffli. Prise en charge des problèmes liés à l'alcool : une comparaison des profils des usagers des secteurs ambulatoire et résidentielle. Lausanne. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

3. La demande de prestations : profils socio-démographique des usagers

Le service du médecin cantonal a demandé une analyse quantitative permettant de rendre compte des caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et addictives des populations dépendantes, lato sensu, résidant dans le canton de Fribourg. Les éléments principaux constatés sont présentés ci-dessous. Un rapport plus détaillé a été livré au mandant qui rend compte d'une série d'analyses plus détaillées. En guise d'introduction, nous présenterons très brièvement quelques données statistiques relatives à la consommation de produits psychotropes illégaux et légaux en Suisse ainsi qu'au niveau européen.

3.1. Consommation de produits psychotropes légaux et illégaux : quelques données statistiques

L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies mettait en évidence, dans son « *Rapport annuel 2006. Etat du phénomène de la drogue en Europe* », que, pour de nombreux pays de l'Union, « *la deuxième substance illicite la plus couramment utilisée est une forme ou l'autre de drogue de synthèse* », les amphétamines, les méthamphétamines et l'ecstasy étant les plus couramment consommées. Il précisait, par ailleurs, que les taux de prévalence pouvaient varier fortement selon les classes d'âge considérées. En effet, si leur consommation est généralement faible dans la population en général, leurs taux, « *dans les tranches d'âge plus jeunes, sont sensiblement supérieurs* ». De même, ils observaient que les taux de prévalence de consommation de ces produits pouvaient également varier en fonction de facteurs de type socioculturel. Ainsi, soulignait-il que, « *dans certains environnements sociaux ou groupes culturels, l'usage de ces drogues peut être particulièrement répandu.* »

Le cannabis constitue toutefois la substance illicite la plus couramment consommée en Europe. Selon les auteurs du rapport 2006, sa consommation a augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'Union européenne (UE) durant les années 1990. C'est ainsi qu'on évalue à 20 % la part de ceux ayant consommé au moins une fois ce produit dans leur vie au sein de la population européenne des 15 à 64 ans, soit environ 65 millions d'individus. C'est toutefois dans la tranche d'âge comprise entre 15 et 24 ans que le taux de prévalence de consommation du cannabis est le plus élevé. En effet, ainsi qu'il le note, « *dans les tranches d'âge supérieures, les pourcentages de consommation chutent considérablement.*

Les indicateurs en matière de consommation de cocaïne mettent en évidence que près de « *10 millions d'Européens ont consommé au moins une fois de la cocaïne dans leur vie.* » Des enquêtes menées au sein des différents pays européens font

apparaître que l'Espagne et l'Angleterre présentent les taux de prévalence les plus élevés avec respectivement 2.7 % de l'ensemble de la population d'adultes (15 à 64 ans) pour l'un et 2.0 % pour l'autre. Quant aux autres pays européens, celle-ci oscillerait, en leur sein, entre 0.3 et 1.0 %. De même que pour le cannabis, la consommation de cocaïne apparaît également plus élevée au sein des jeunes adultes (15 à 34 ans). En effet, il apparaît qu'au-delà de cette tranche d'âge, sa consommation « *semble occasionnelle et a lieu essentiellement le week-end et dans des lieux de divertissements (bars et discothèques).* »

L'héroïne consommée dans l'Union européenne provient essentiellement d'Afghanistan, qui constitue le premier fournisseur mondial d'opium illicite. La prévalence de sa consommation oscillerait entre 1 et 8 cas pour 1'000 habitants au niveau des 15 à 64 ans. Les auteurs soulignent toutefois que des disparités importantes peuvent être observées entre les différents Etats membres de l'Union européenne. Ainsi, des pays comme l'Irlande, l'Italie et l'Autriche présentent les taux les plus élevés avec des prévalences de consommation oscillant entre 5 et 8 cas pour 1'000 habitants. D'autres pays, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, présentent, quant à eux, des taux qui, selon leurs estimations, seraient inférieurs à 4 cas pour 1'000 habitants. Au niveau des comportements d'usage, ils soulignent que « *la plupart des héroïnomanes consomment des stimulants et d'autres drogues en plus des opiacés.* »

Dans leur rapport, ils mettent en exergue que, dans une perspective globale, l'usage problématique d'opiacés au sein de l'Union européenne s'inscrit dans une évolution qui, après une hausse au cours de la deuxième partie des années 1990, « *semble s'être stabilisé ou avoir légèrement reculé ces dernières années.* » Ils soulignent toutefois qu'il est difficile d'obtenir des données fiables et précises, que ce soit au niveau de la consommation proprement dite ou au niveau de comportements d'usage associant d'autres produits psychotropes, qu'ils soient légaux ou illégaux, à l'héroïne.

La situation en Suisse

Après avoir mis en perspective certains aspects relatifs à la situation prévalant au sein de l'Union européenne, il s'agit maintenant de prendre en compte la situation en Suisse par le recours à différents travaux de recherche. Afin de faciliter notre présentation, nous distinguerons, d'une part, les produits psychotropes dits « illégaux » — héroïne, cocaïne, drogues de synthèse et cannabis — ainsi que les opiacés qui vont intervenir dans le cadre des traitements de substitution et, d'autre part, l'alcool, produit psychotrope légal, désormais pris en compte grâce au décloisonnement induit par l'adoption du référentiel dit « du cube ». En regard de notre mandat, nous n'avons retenu, dans notre présentation, ni le tabac, ni les comportements

assimilables à une addiction, désormais pris en compte au sein de systèmes de documentation et d'analyses tel « *act-info* ». Enfin, conformément au souhait exprimé par notre mandant, nous avons opté pour une approche et une présentation très schématiques de la situation prévalant en Suisse.

a. Les produits psychotropes illégaux

Les premiers résultats de l'« *Enquête suisse sur la santé* » (ESS, 2007) présentés par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) et relatifs aux données disponibles sur le nombre de « *consommateurs en population générale adulte* » mettent en évidence une nette baisse de la consommation de cannabis en Suisse, alors que pour les drogues dites « dures », les chercheurs de l'IUMSP parlent d'une évolution contrastée entre les hommes et les femmes. Ils relèvent, en effet, une augmentation de « *l'expérimentation chez les hommes* » alors que chez les femmes elle paraît stabilisée.

Dans le cas du cannabis, la prévalence de la consommation est passée de 24.4 % à 22.3 % au sein de la population féminine entre 2002 et 2007, alors que chez les hommes elle est restée plutôt stable — 36.1 % et 37.2%. Certains indicateurs, tel le « *Moniteur cannabis* », a permis aux auteurs du rapport de constater que son expérimentation de même que sa consommation régulière avaient baissé au sein des populations dont l'âge est compris entre 15 à 24 ans. Plus spécifiquement, la situation des jeunes de 15 ans s'inscrit dans une évolution marquée par un pic de la consommation de cannabis en 2002 suivi par une baisse importante en 2006. L'analyse des données par genre montre que cette évolution est partagée. Ainsi, chez les garçons, la prévalence de la consommation de cannabis dans la vie est passée de 45.9 % à 34.2 % et chez les filles de 36.8 % à 26.8 %. Les auteurs du rapport de l'IUMSP relèvent toutefois que la Suisse « *est l'un des pays européens avec la plus forte prévalence de la consommation chez les jeunes.* »

Dans le cas de l'héroïne et de la cocaïne, la prévalence à vie de la consommation est passée de 3.8 % à 4.8 % au sein de la population masculine dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans entre 2002 et 2007, alors que chez les femmes de mêmes tranches d'âges, elle oscille entre 2.7 % et 2.8 %[17]. En 2004, le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne en Suisse était estimé à 23'350 personnes. En hausse jusqu'au milieu des années 1990 — 30'000 consommateurs réguliers en 1993 —, la consommation d'héroïne est marquée par une évolution à la baisse, alors que celle de la cocaïne s'inscrit dans un processus inverse. L'analyse des données relatives aux populations des

[17] Frank Zobel (2005)

structures dites « bas seuil » par l'IUMSP[18] est à ce point révélateur. En effet, il apparaît que la consommation de cocaïne est passée, au sein de ce groupe, de 22.8 % à 59.9 %.

En 2006, le « *Rapport annuel Act-info* »[19] relève toutefois que l'alcool constitue le problème principal dans 47.1 % des cas lors de l'admission des usagers au sein des dispositifs de prise en charge — ambulatoire et résidentiel. Les opiacés arrivent en seconde position (32.9 %), tandis que la cocaïne (6.0 %) et le cannabis (7.5 %) sont moins fréquemment mentionnés. Pour chacun de ces produits, la part des femmes est nettement plus faible que celle des hommes : alcool (29 %) ; opiacés (25.5 %) ; cocaïne (23.3 %) ; cannabis (18.9 %).

La fréquence des addictions secondaires varie en fonction du type de produit psychotrope constituant le problème principal. Elevée dans le cas des opiacés et de la cocaïne, elle paraît beaucoup moins marquée pour l'alcool et le cannabis. En effet, lorsque les opiacés constituent le problème principal, seuls 11.6 % des hommes (14.3 % des femmes) ne présentent aucune addiction secondaire — 17 % des hommes et 10 % des femmes pour la cocaïne. En revanche, lorsque l'alcool, constitue le problème principal, près de la moitié de l'effectif masculin (49.3%) et 42.7 % des femmes ne présentent aucune addiction secondaire — respectivement 48.3 % et 38.2 % au niveau du cannabis.

Dans les milieux festifs, « *la prévalence de l'expérimentation de substance de synthèse et de cocaïne y est de 30 à 50 %* ».[20] L'alcool y est également très présent. L'évaluation du projet genevois « Nuit blanche ? » par l'IUMSP a permis de mettre en évidence que l'alcool (93 %), le tabac (82 %) et le cannabis représentaient les substances les plus souvent expérimentées au sein des personnes ayant fait l'objet de leur enquête. Pour les autres produits psychotropes, deux personnes sur cinq avaient déjà consommé de la cocaïne (40 %) — ecstasy (32 %) ; champignons (31 %). Quant à la prévalence de consommation de l'héroïne, elle est apparue, au cours de leur enquête, comme « *relativement importante (10 %)* »[21]. Certains groupes de consommateurs vont toutefois se distinguer par des comportements d'usage de type polyconsommation.

b. L'alcool

La consommation globale d'alcool en Suisse, mesurée en termes d'alcool pur (100 % vol) par habitant, s'est inscrite, depuis le

[18] Françoise Dubois-Arber, Sophie Arnaud et al. (2009). La situation des consommateurs et de la consommation dans les structures à bas seuil en Suisse : nouveaux défis. Symposium act-info : consommation de substances psychotropes en Suisse : tendances et nouveaux défis. Lausanne. IUMSP.

[19] Act-infodfsjlfgklj relatives à 7'640 personnes — 5'511 hommes et 2'128 femmes

[20] Sophie Arnaud, Frank Zobel (2006). *Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit blanche ?" à Genève (2005-2006)*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

[21] Sophie Arnaud, Frank Zobel (2006).

milieu des années 1980, dans une évolution à la baisse. Le même phénomène a pu être observé dans de nombreux pays européens. Tombée en dessous de 9 litres en 2004, elle s'y est maintenue jusqu'en 2007 au moins On assiste toutefois, depuis 2006, à une remontée de la consommation qui est ainsi passée de 8.5 litres d'alcool pur par habitants en 2005 — étiage — à 8.6 litres en 2006, puis à 8.8 litres pour 2007. La prise en compte de la répartition de la consommation globale par habitant (en litre d'alcool pur) montre que, pour l'année 2007, le vin représentait 49 % de celle-ci, tandis que la consommation de bière s'établissait à 32 %, les spiritueux à 18 % et le cidre à 1 %.[22]

L'ISPA estime que, pour l'année 2002, 11 % de la population adulte en Suisse était responsable de la moitié de la consommation globale d'alcool — 66 % d'entre elle pour le solde. La tendance générale à la baisse de la consommation s'accompagne d'une « *diminution sensible du nombre de personnes ayant une consommation chronique à risque.* »[23] En distinguant consommation chronique à risque et consommation excessive ponctuelle, il apparaît que ce sont principalement « *des adolescents et de jeunes adultes qui affirment passer par de telles phases de consommation excessive.* » Chez les 15 à 24 ans, 20.6 % de cette population a connu, en 2005, des épisodes de consommation excessive ponctuelle. La part des personnes confrontées à une consommation chronique à risque et excessive ponctuelle s'accroît avec l'âge pour atteindre un maximum entre 65 et 74 ans. Les données disponibles montrent qu'elle est la plus élevée au sein des 55 à 64 ans (3.5 %). En revanche, seuls 2.8 % des 15 à 24 ans sont dans le même cas.

Le diagnostic de dépendance à l'alcool relève de la clinique. Le nombre indicatif de 300'000 personnes alcoolo-dépendantes en Suisse avancé par l'ISPA est une estimation. Les données fournies par les hôpitaux suisses mettent en évidence que la dépendance à l'alcool comme diagnostic principal et secondaire concernait, en 2006, 8'993 patients (4.2 %) masculins âgés de 25 à 64 ans — 4'190 femmes (1.4 %). Une répartition plus fine par tranches d'âge montraient que, au sein des hommes âgés de 50 à 54 ans, 5.1. % des patients étaient confrontés à une dépendance à l'alcool.[24] Ce taux est à son étiage dans le groupe des 25 à 29 ans (2 %). Au-delà, la progression est constante : 2.9 % pour les 30 à 34 ans, 3.8 % pour les 35 à 39 ans, 4.4 % pour les 40 à 44 ans et enfin, 4.9 % pour les 4.9 %. A partir de 55 à 59 ans, la part des personnes alcoolodépendantes décroît (4.5 %) pour se situer à 4.0 % au sein des 60 à 64 ans.

Chez les femmes, le taux de diagnostic de dépendance à l'alcool le plus élevé est atteint dès la tranche d'âge comprise entre 45 à 49 ans (2.4 %) et se prolonge au sein du groupe des 50 à 54

22 ISPA
23 ISPA
24 ISPA

ans. L'évolution est toutefois similaire avec une progression entre 25 et 54 ans, puis une régression à partir de 55 ans : 25 à 29 ans (0.3 %) ; 30 à 34 ans (0.5 %) ; 35 à 39 ans (1.0 %) ; 40 à 44 ans (1.8 %) ; 55 à 59 ans (2.0 %) ; 60 à 64 ans (1.7 %).

Chez les adolescents et jeunes adultes, la prise en compte des comportements d'usage montre que la part des garçons de 15 ans ayant été ivres au moins deux fois durant leur vie s'établissait à 28.1 % en 2006, soit en recul par rapport à 2002 (32.1 %). Cette légère diminution s'inscrit toutefois dans une évolution globale à la hausse depuis 1986 : 17.4 % (1986) ; 22.2 % (1994) ; 24.4 % (1998). Chez les filles, la tendance paraît identique. Les filles de 15 ans ayant connu au moins deux épisodes d'ivresse sont ainsi passées de 11.9 % en 1986 à 12.4 % quatre ans plus tard et à 15.4 % en 1998. Elles étaient 23.2 % en 2002 et 19.0 % en 2006.

Parmi les comportements de consommation, il apparaît que, sur l'ensemble des institutions ambulatoires psychosociales recensées (246), 157 d'entre elles (63.8 %) ont participé à l'enquête. Parmi les principaux résultats, il apparaît que, dans 72.5 % des cas, les personnes recourant à l'offre ambulatoires, désignent l'alcool comme principale substance — 12.5 % pour l'héroïne. Ainsi que l'avons mentionné ci-dessus, le nombre de produits psychotropes consommés aux côtés de l'alcool apparaît moins élevé qu'il ne l'est dans le cas d'autres produits. Dans le cas de dépendances secondaires, c'est le tabac qui apparaît le plus souvent (32.5 % des cas chez les hommes ; 29.2 % chez les femmes), loin devant le cannabis (hommes : 7.9 % ; femmes : 4.9 %), la cocaïne (hommes : 3.7 % ; femmes : 2.7 %) ; les benzodiazépines (hommes : 2.6 % ; femmes : 7.0 %) et l'héroïne (hommes : 2.6 % ; femmes : 2.7 %). »[25]

Il faut toutefois tenir compte, ainsi que le précise l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP), que les usagers de l'offre ambulatoire de type bas seuil ne font pas l'objet d'un recensement systématique. Or, ainsi que l'a montré IUMSP à partir de données recueillies sur la consommation des nouveaux usagers du dispositif bas seuil « Entrée de Secours » à Morges, il apparaît que « *la consommation d'alcool apparaît aussi plus fréquemment au cours des deux dernières années.* »[26]

[25] OFSP p. 47

[26] Thérèse Huissoud et ali. (2007). Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2006. Cahier 1. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. p. 46.

Mode de consommation	Consommation d'alcool selon :		
	Jamais et non réponse	Occasionnellement	Régulièrement
Héroïne	39.1 %	21.7 %	39.1 %
Cocaïne	29.5 %	43.2 %	27.3 %
Héroïne et cocaïne	28.6 %	20.0 %	51.4 %
Ni héroïne ni cocaïne	47.5 %	21.3 %	31.3 %
Total	38.5 %	26.4 %	35.2 %

Tableau X. : Consommation d'alcool au sein de quatre groupes d'usagers des dispositifs bas seuil du canton de Vaud préalablement définis par leur mode de consommation d'héroïne et de cocaïne durant le mois précédant l'enquête.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, une consommation régulière d'alcool apparaît dans 51.4 %, occasionnelle dans 20.0 % au sein des consommateurs d'héroïne et de cocaïne. Parmi les consommateurs de cocaïne, 27.3 % d'entre eux avaient également eu recours et de façon régulière à l'alcool et 43.2 % de manière occasionnelle. Quant à l'effectif des consommateurs d'héroïne seule, la consommation régulière d'alcool apparaissait dans 39.1 % et occasionnellement dans 21.7 %. Ces mêmes auteurs ont également pu mettre en évidence que la consommation d'alcool chez les usagers vaudois des dispositifs bas seuil en cours de traitement de substitution tend également à augmenter au cours de la période.

3.2. Etat de l'information quantitative existante

Il s'est avéré que la communication de données statistiques, avec ce qu'elle implique d'harmonisation des questionnements, de standardisation des encodages et d'inscription dans les logiciels les plus à même de pouvoir mener des analyses quantitatives, pose problème dans le canton de Fribourg et empêche que les caractéristiques des populations dépendantes puissent être révélées de manière satisfaisante.

L'on constate en effet les faiblesses suivantes:

- **dispersion** des sources d'information et **coordination** statistique **insuffisante** des institutions en charge des populations dépendantes (questionnaires non harmonisés en termes de contenu) ;
- **quasi-impossibilité** de mener des analyses longitudinales des trajectoires individuelles. Lorsqu'elles sont disponibles, les données renseignent essentiellement sur les caractéristiques des clients des divers dispositifs à leur entrée et à leur sortie de ces derniers et pas sur celles de l'entre-deux ;

- **invisibilité** d'une partie des populations dépendantes, soit parce qu'elles ne font pas l'objet d'un recensement systématique (p.e. bas seuil, sans domicile fixe), soit parce que l'agrégation des données empêche de révéler les caractéristiques discriminantes des diverses dépendances (p.e. alcoolo-dépendants agrégés avec les cyber-dépendants, etc.) ;
- **communication déficiente** en raison de moyens matériels et personnels insuffisants.

De fait, ce sont avant tout les populations alcoolo-dépendantes et toxico-dépendantes étant passées par les institutions Le Torry, Le Radeau, le Tremplin et/ou recensées par l'OFSP (en charge du monitoring des traitements de substitution) qui sont renseignées de telle façon qu'un traitement statistique approfondi soit possible.

Ceci est lié au fait que ces institutions centralisent le traitement de leurs données en coordination tant avec l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions qu'avec la Ligue pour l'évaluation des thérapies résidentielles de la toxico-dépendance. Elles sont donc habituées à communiquer et savent s'organiser de telle sorte que cette communication ne prétérite pas une bonne exécution quotidienne de leurs tâches.

Il n'en allait pas de même avec les données sollicitées auprès des institutions médicales, telles que les Hôpitaux, les unités Thalassa et UTA/CTA, mais également d'autres services du canton, tels que les services policiers/judiciaires/pénitentiaires. Le problème principal pour les hôpitaux et les services judiciaires/pénitentiaires vient du fait que les dépendances de leur clientèle ne sont pas systématiquement renseignées et/ou informatisées, et qu'à cet égard il leur a été impossible de nous fournir des données exhaustives et/ou statistiquement représentatives des populations dépendantes auxquelles ils sont confrontés.

A titre d'exemple, la toxicomanie et/ou l'alcoolisme d'un client ne feront pas l'objet d'un signalement systématique dans les hôpitaux, quand bien même les problèmes somatiques pour lesquels les personnes se présentent seraient liés à des dépendances. Certains médecins les signalent dans les dossiers médicaux des patients, mais aucune obligation ne leur est faite de le systématiser. L'encodage actuel présente donc un déficit d'information qui n'aurait pu être comblé qu'en demandant aux services concernés d'ouvrir chaque dossier de patient et d'en déterminer, s'il n'était pas identifié explicitement, le degré de dépendance. Il en va de même pour les personnes exécutant des mesures pénales.

D'autres services, tels que la police, Thalassa et l'UTA/CTA documentent, par nature, des informations sur la dépendance de leurs clients, mais, moins habitués à répondre à des sollicitations extérieures, leur réactivité est plus lente – parce qu'impliquant une importante surcharge de travail –, et leurs

données statistiques sont peu harmonisées par rapport à celles précédemment évoquées et souvent tellement agrégées qu'elles sont difficilement exploitables au-delà d'un seul comptage du total des clients (UTA p.e.).

En ce qui concerne les méthodes statistiques utilisées, nous avons dû nous contenter de statistiques descriptives, car le peu de clients recensés dans les bases rendait l'usage des méthodes sophistiquées peu intéressantes, notamment le Chi2, les effectifs théoriques calculés étant le plus souvent, par cellule, inférieurs à 5. Même les indices de Florence n'étaient guère utilisables, pour comparer, par exemple, les statistiques fribourgeoises aux statistiques suisses, en raison de leur très grande variabilité d'une année sur l'autre.

2005-2007	Cas utilisés
Traitement résidentiel Alcool (RESIDALC) Entrées	167
Traitement résidentiel Alcool (RESIDALC) Sorties	166
Traitement résidentiel Drogues Illégales (FOS) Entrées	59
Traitement résidentiel Drogues Illégales (FOS) Sorties	62
Prise en charge ambulatoire (SAMBAD) Entrées	35
Prise en charge ambulatoire (SAMBAD) Sorties	19
Traitement de substitution (BAG) Entrées	315
Traitement de substitution (BAG) Sorties	306
Thalassa	748

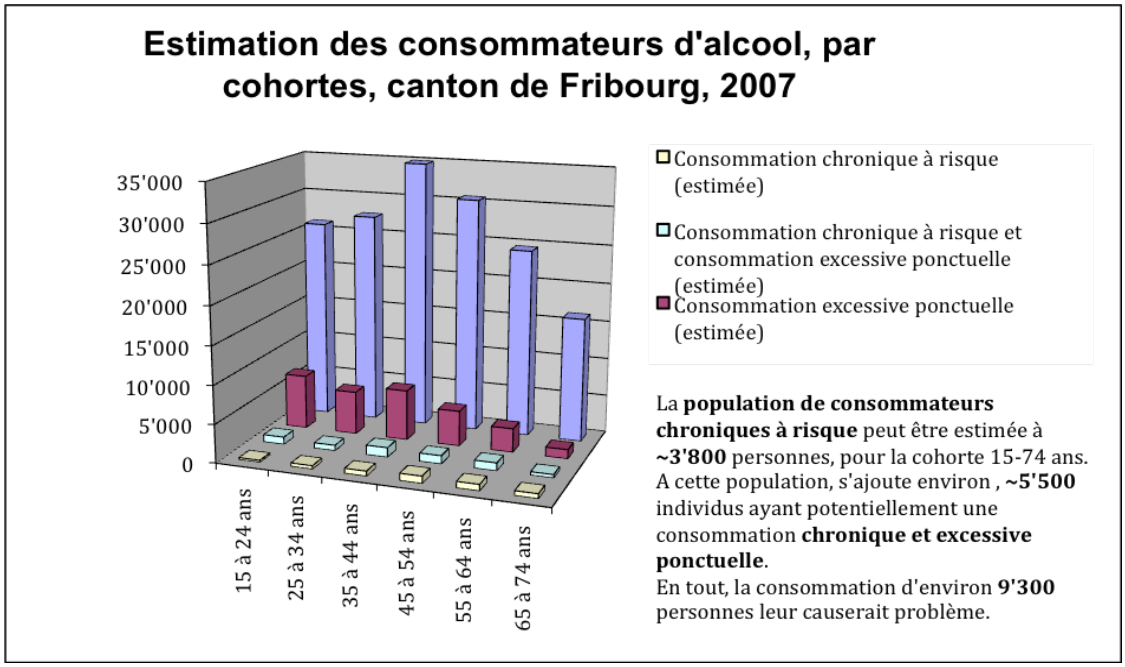
Compte tenu de l'impossibilité d'avoir accès à des données exhaustives dans le canton de Fribourg, les données utilisées doivent impérativement être considérées comme des **échantillons à la fois de populations et de types de dépendance**. Les profils des clients esquissés dans le rapport sont donc soumis à une **forte imprécision**.

3.3. Profils des clientèles dépendantes

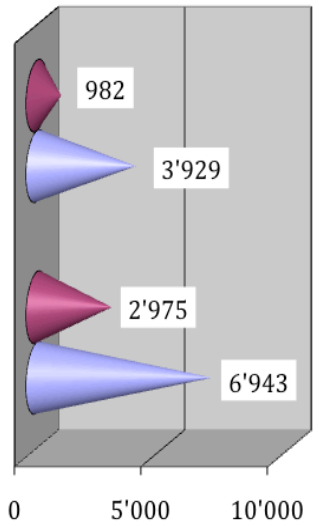
Rappelons qu'en ce qui concerne l'alcoolo-dépendance, la compilation de différentes sources aboutit à estimer qu'environ 4'000 personnes seraient, dans le canton de Fribourg, des consommateurs alcoolo-dépendants à risque. Parmi les gros consommateurs, 64% seraient des hommes et 36% des femmes. Parmi les consommateurs à risque, 75% seraient des hommes et 25% des femmes. La consommation chronique à risque augmenterait régulièrement selon la tranche d'âge, la hausse la plus importante se faisant des 35-44 ans (1.5%) aux 45-54 ans (2.5%).

Recensant de fait une fraction de ces quelques 4'000 personnes, les **bases de données** utilisées mettent ainsi avant tout en évidence des clients alcooliques à un moment particulier de leur cycle de vie et **ne témoignent qu'imparfaitement des situations de ceux ne recourant pas (encore) ou plus aux dispositifs existants**.

Il en va de même pour les toxico-dépendants. L'enquête suisse sur la santé (2002) permet d'estimer qu'environ 4.1% des habitants du canton de FR de 14-49 ans auraient consommé au moins une fois des drogues dures (env. 5'400 pers.), que 20.4% des 15-59 ans auraient consommé au moins une fois du cannabis (env. 33'600 pers.), et que 5.4% de 15-59 ans seraient des consommateurs 'actuels' (env. 8'900 pers.). Parmi les 15-39 ans, 34.8% des hommes (env. 15'500 pers.) et 28.2% (env. 9'500 pers.) des femmes auraient consommé au moins une fois une drogue. La drogue la plus consommée au moins une fois serait, dans le canton de Fribourg, le cannabis (27.7% de 15-39 ans). Toutefois, la population 'à consommation problématique de drogues illégales' ne peut être estimée, même si un travailleur social du Tremplin estimait (2005) la population de toxico-dépendants à environ 1'000 personnes dans le canton de Fribourg, soit bien plus que ceux inclus dans les bases de données utilisables.



Estimation des effectifs de consommateurs d'alcool, par sexe, canton de Fribourg, 2007



Population estimée de consommateurs à risque (15-74 ans) hommes > 60g/j; femmes > 40g/j

Population estimée de gros consommateurs (15-74 ans): hommes > 40g/j; femmes > 20g/j

La **population de gros consommateurs** peut être estimée à **11'000** personnes pour la cohorte 15-74 ans.

Dans cette population de 15-74 ans, **~ 4'000** personnes peuvent être considérées comme **à risque.**

Base: répartition selon résultat de l'Enquête Santé

Quand bien même il faille en conséquence considérer les profils des clients dépendants tels qu'esquissés sur la base des informations existantes avec prudence, l'on peut tenter de les synthétiser ainsi, pour la période 2005-2007:

3.3.1. Profil des clients bénéficiant d'un traitement résidentiel 'alcool et médicaments'

Entrées : profil majoritaire

- Homme (67.1%) de 40-45 ans, consommant régulièrement depuis une 20'aine d'années (consommation problématique depuis une 10'aine d'années), ayant déjà suivi un traitement de type sevrage (95.8%) et/ou ambulatoire (51.8%), venant de régions périphériques (98.8%), célibataires (33.5%), ayant déjà habité avant en institution (65.9%), bénéficiant de l'aide sociale (22.8%) ou de rente (22.8%) mais dont la probabilité d'être salarié n'est pas négligeable (27.5%), ayant plutôt suivi un apprentissage (57.5%), dont les problèmes sont presque exclusivement liés à la consommation d'alcool (98.2%), consommant parfois des benzodiazépines (21.6%) et abstinent (80.6%).

Sorties : profil majoritaire

- Homme (66.3%) de plus de 40 ans, seul (33.1%), étant sorti 'régulièrement', sans transfert (45.8%; avec transfert: 24.7%; rupture explicite: 20.5%), étant resté en traitement de 1 à 2 mois (40.4%) même si la tendance est à un allongement de la prise en charge, ayant toujours des problèmes liés à la consommation de substances (86.7%), mais moins liés au seul alcool qu'à son entrée (56.0%) , n'ayant pas péjoré sa vulnérabilité sociale par rapport à l'entrée, visant l'abstinence (62.2%).

3.3.2. Profil des clients bénéficiant d'un traitement résidentiel 'drogues illégales'

Entrées : profil majoritaire

- Homme (83.1%) de 30 ans consommant régulièrement depuis 10 années (5 années de consommation à problèmes), ayant déjà suivi un traitement (84.7%), souvent de type sevrage (71.2%) et/ou un traitement de substitution (67.8%), venant de régions périphériques (66.1%), célibataire (78%), habitant antérieurement plutôt dans un domicile individuel (40.7%; SDF: 16.9%), bénéficiant essentiellement de l'aide sociale (64.4%), endetté (81%), ayant plutôt suivi un apprentissage (50.8%; formations secondaires et tertiaires: 10.2%)), ayant été en détention (59.3%) ayant comme substance principale à problème plutôt la cocaïne (32.2%) - l'héroïne (22.0%) et l'alcool (16.9%) -, ayant consommé en co-substance du cannabis (59.3%), de la cocaïne (47.5%), de l'alcool et de l'héroïne (45.8%), souffrant d'Hépatite C (53.8%), s'étant injecté une drogue dans les 30 jours avant l'admission (52.8%) et étant peu abstinent (32.2%).

Sorties : profil majoritaire

- Homme (82.3%) de 35 ans, seul, dont la sortie est due à une rupture explicite (61.3%), ne suivant pas de post-cure (66.1%), étant resté en moyenne en traitement environ un an, ayant rechuté durant la prise en charge (85.5%), bénéficiant de l'aide sociale (54.8%), étant moins qualifié que la moyenne des clients à leur entrée (apprentissage: 35.5%), n'allant pas avoir de problèmes juridiques (61.3%), dépendant tant à la cocaïne qu'à l'alcool (46.8%), et pour lequel un mauvais pronostic a été fait par les intervenants (61.3%).

3.3.3. Profil des clients bénéficiant d'un traitement de substitution à l'héroïne

Entrées : profil majoritaire

- Homme (80.3%) entre 30 et 39 ans (50.6%), ayant déjà suivi un traitement (89.6%), célibataire (70.0%), étant relativement peu dans une situation sociale mauvaise (29.8%), habitant plutôt son propre appartement (40.2%; chez des proches 13.4%), ayant un niveau de formation bas (apprentissage; 44.9%; uniquement école primaire: 36.5%), bénéficiant de l'aide sociale (28.4%) et de rentes (23.2%), mais dont la probabilité d'avoir une activité à plein temps n'est pas négligeable (23.9%), peu endetté (16.1%), consommant surtout de l'alcool (70.1%), de l'héroïne (65.2%) et du cannabis (68.5%) et dans une plus faible mesure des benzodiazépines (59.0%), utilisant les drogues dures souvent quotidiennement, dont l'abstinence concerne surtout la cocaïne (63.3%), avec un état de santé somatique et psychique moyen (soma: 46.9%; psy: 52.7%)

Sorties : profil majoritaire

- Les informations saisies sont succinctes, mais montrent que les hommes sont majoritaires (81.4%) et que les causes principales de sorties sont à 15.8% l'abstinence et la réinsertion professionnelle, à 15.5% le changement de médecin et à 14.1% l'absence de nouvelles et/ou la rechute.

3.3.4. Profil des clients bénéficiant d'une prise en charge à Marsens (Thalassa)

- Population essentiellement masculine (74.1%)
- Les 54.9% de ces clients avaient une alcoolo-dépendance, 34.9% des troubles mentaux liés à l'utilisation de drogues multiples, 5.3% des problèmes liés à des prises d'opiacés, 2% des troubles liés à des consommations de sédatifs ou d'hypnotiques et 1.9% des problèmes liés à un usage de cocaïne.
- Les plus de 40 ans étaient majoritaires, à 54.7%.
- Quant à la durée de la prise en charge, elle était en moyenne de 24 jours (médiane 16 jours; mode 13 jours). Les durées de prise en charge ne variaient également guère selon les troubles.
- Les femmes souffraient davantage de troubles mentaux dus à l'alcool que les hommes (femmes: 65.5%; hommes: 52.3%), les hommes étaient eux davantage concernés par des troubles liés à la consommation de drogues multiples (femmes: 24.7%; hommes: 38.4%).

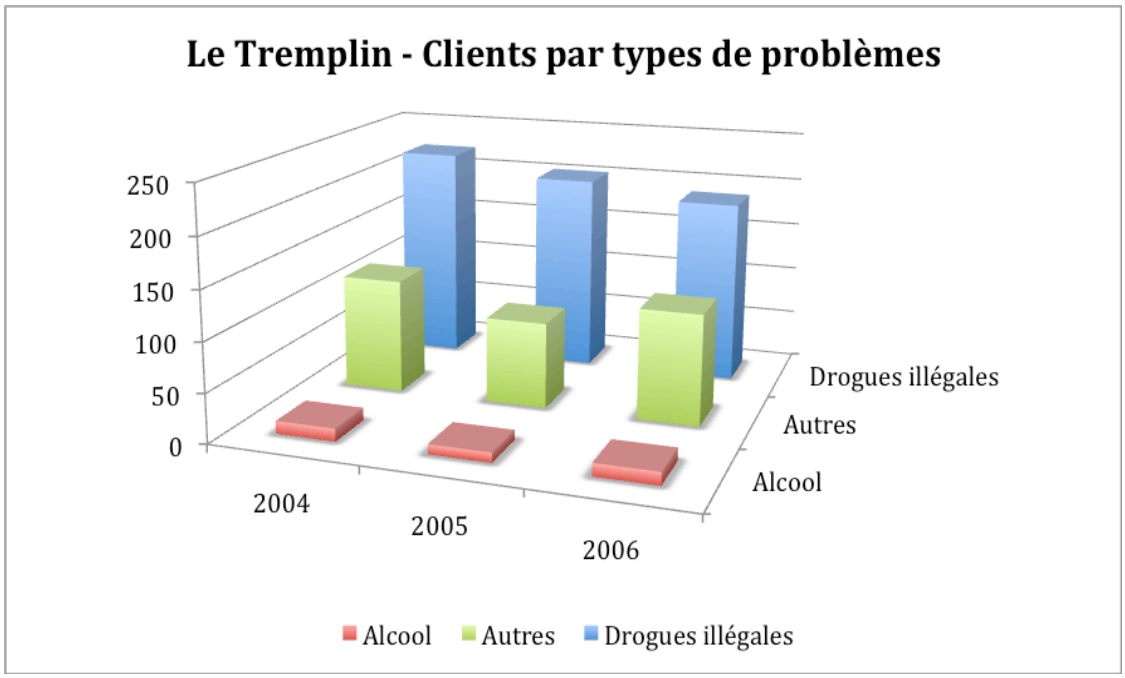
3.3.5. Profil des clients bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire (SAMBAD)

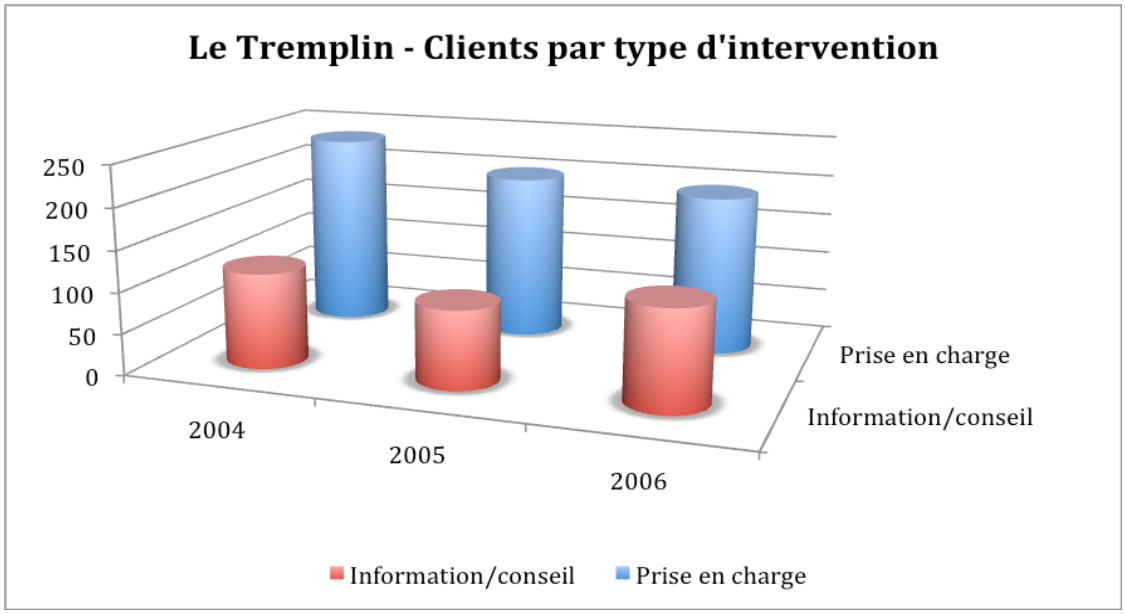
Entrées : profil majoritaire

- Homme (79.4%) entre 30 et 39 ans (55.9%), consommant régulièrement depuis 15 années (10 années de consommation à problèmes), ayant déjà suivi un traitement (76.5%), souvent de type traitement de substitution (75.9%), n'ayant jamais été sevré (82.4%), consultant plus largement pour des problèmes financiers (91.5%) que pour des problèmes liés à l'usage d'une substance addictive (55.9%) et/ou des problèmes de logement (47.1%), célibataire (73.5%), ayant un domicile fixe (67.6%; SDF: 14.7%), bénéficiant plutôt de l'aide sociale (44.1%), endetté (91.2%), ayant un niveau de formation bas (apprentissage: 41.2%; 17.6% sans formation), ayant été en détention (82.4%), consommant en substance principale plutôt de l'héroïne (64.7%) et de la méthadone (17.6%), consommant relativement peu de co-substances (cocaïne: 21.2%), étant plutôt en bonne santé somatique, même si souffrant parfois d'Hépatite C (23.5%), connaissant des problèmes psychiques (91.2%), s'étant peu injecté une drogue dans les 30 jours avant l'admission (5.9%) et étant peu abstinents (26.5%). (NB: profil très semblable à celui élaboré par Le Tremplin en 2003 et l'analyse SAMBAD globale de 2002).

Sorties : profil majoritaire

- Très peu de sorties recensées (20; effet de stockage manifeste) et nombreuses données manquantes (car souvent entrées avant 2004). Les fins régulières sans transfert dominent (55%), les autres motifs ne concernant, à chaque fois, qu'une ou deux personnes. En moyenne, les personnes étaient restées dans le dispositif entre 6 et 7 ans.
- Il va de soi que les informations des institutions assurant la prise encharge ambulatoire ou un hébergement d'urgence non incluses dans les questionnaires SAMBAD complètent utilement les informations existantes, mais elles restent partielles et focalisées sur des clientèles cumulant les vulnérabilités, mais relativement peu nombreuses à l'échelle cantonale.
- Pour le Tremplin par exemple, quelles que soient les années, les clients alcoolo-dépendants étaient minoritaires (10 pers. en moyenne), alors que les clients 'drogues illégales' représentaient un peu plus de la moitié des clients. Les hommes composaient l'essentiel de ces clients (env. 75%), de même que les plus de 30 ans et les sans emploi. Les clients résidaient pour moitié dans la ville de Fribourg.





Quant à une institution comme la Tuile, ses statistiques montraient que, de 2005 à 2007, au total 100 de ses clients (2005: 33; 2006: 35; 2007: 32; à 90% masculins et 64% suisses, âgés en moyenne de 36 ans et effectuant des séjours de 48 nuitées en moyenne et de 25 nuitées en médiane) avaient soit des problèmes d'alcool et/ou de drogue, associés ou non à des problèmes psychiques.

Années (La Tuile)		Client(e)s	%
2005	Alcoolisme	14	42.4
	Toxicomanie	19	57.6
	Total	**33**	**100.0**
2006	Alcoolisme	18	51.4
	Toxicomanie	17	48.6
	Total	**35**	**100.0**
2007	Alcoolisme	3	9.4
	Alcoolisme, Problèmes psychique & Toxicomanie	3	9.4
	Alcoolisme & Toxicomanie	17	53.1
	Alcoolisme, Toxicomanie & Problèmes psychiques	1	3.1
	Problèmes psychiques & Toxicomanie	1	3.1
	Toxicomanie	7	21.9
	Total	**32**	**100.0**

3.4. Conclusions et recommandations

Quand bien même les données quantitatives utilisées sont partielles et doivent être considérées comme des échantillons, trois profils de dépendance s'esquissent, suggérant trois besoins d'accompagnement différents:

- les clients essentiellement **alcoolo-dépendants**, et dont le passage en traitement résidentiel amène à une plus faible consommation et une stabilisation des vulnérabilités. Les sorties du dispositif, qui durent en moyenne moins d'un an, se font de manière essentiellement régulières, avec ou sans transfert vers l'ambulatoire, et correspondent à une dépendance plus faible à l'alcool ;
- les clients ayant l'**héroïne** comme substance à problème principal et dont le traitement de la dépendance par des traitements ambulatoires de substitution permet d'éviter un accroissement des vulnérabilités, mais dont les sorties du dispositif sont moins dues à l'abstinence/réinsertion qu'à des raisons administratives et/ou de rechute. Ces populations tendent à rester dans les dispositifs durant plusieurs années et leur faible diminution crée des effets de stockage rendant leur gestion difficile par les institutions en charge de leur porter assistance ;
- les clients **poly-dépendants**, pour lesquels la cocaïne est la drogue privilégiée, mais consommant également de l'héroïne et l'alcool, cumulant les vulnérabilités et dont le risque de désocialisation est plus important que pour les autres profils. Les sorties du dispositif se font principalement pour des ruptures explicites. Le traitement résidentiel produit des résultats moins bons que pour les alcoolo-dépendants ;
- même si leurs vulnérabilités sont grandement partagées, ces populations ne peuvent avoir strictement les mêmes besoins. Constituant de facto des groupes cibles, un **traitement ou une prise en charge particularisés** pourraient leur être accordés au vu de ces résultats. A noter que ces profils sont ceux que les analyses faites au niveau suisse révélaient. Il n'y a donc pas de particularité fribourgeoise ;
- par ailleurs, il est évident que des moyens matériels supplémentaires devraient être consacrés à la constitution d'un **système d'information cantonal** pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance. Il convient en particulier **d'améliorer la visibilité statistique** des populations alcoolo-dépendantes et de convenir de la nécessité de ne pas les confondre 'conceptuellement' et 'pratiquement' avec les toxico-dépendants ;
- la faible harmonisation et l'insuffisante complétude des données disponibles ne témoignent toutefois pas uniquement d'un manque de moyens matériels, mais aussi de problèmes d'articulation entre les institutions et services chargés des populations dépendantes. Sans une **amélioration préalable des synergies fonctionnelle**s, il est illusoire d'imaginer que la saisie et la communication statistique pourront être améliorées de façon pérenne.

4. Offre de prestations, trajectoires et besoins des usagers

L'approche exploratoire, tant au niveau de la littérature qu'au niveau des entretiens que nous avons menés dans les cantons de Genève, Neuchâtel et Vaud auprès des principaux responsables des dispositifs en matière de prise en charge des dépendances à l'alcool et aux produits psychotropes, nous a permis de mettre en évidence les principaux enjeux relatifs à la mise en place d'un dispositif de prise en charge des dépendances aux produits psychotropes légaux et illégaux à partir d'une offre existante et dans le cadre du référentiel de la politique des dépendances de la Suisse au sein du modèle du « *cube* ». Concrètement, nous avons abordé cette analyse à partir d'une perspective pouvant rendre compte des articulations entre la structure de l'offre, ces différentes modalités de prise en charge et les besoins des usagers.

4.1. Le modèle du cube : une perspective intégrative et multi-dimensionnelle

Le modèle du cube est supporté par un référentiel **biopsychosocial** au sein duquel l'addiction est définie comme étant la résultante de l'interaction de trois types de facteurs : *biologiques* ; *personnels* ou *intrinsèques* ; *environnementaux*. Dans cette perspective, Stanton Peele « *permet de dépasser le modèle médical de la dépendance en mettant en lumière l'importance des facteurs non biologiques des addictions (culturels, sociaux, situationnels, ritualistes, développementaux, de personnalité et cognitifs).* »[27] Ce faisant, la prise en compte de la dimension globale de l'addiction va définir une approche **combinée** et **multidimensionnelle** de type médico-psycho-socio-éducatif.

L'articulation entre l'offre des dispositifs et les besoins des populations dépendantes concrétisées par des trajectoires thérapeutiques s'inscrivent au sein de **chaînes d'interventions** constituées de deux filières en étroite interdépendance : filière dite *thérapeutique* — approche somatique et approche psychiatrique — et une filière dite *psycho-socio-éducative*. Les différents acteurs qui vont être amenés à résauter leurs prestations relèvent de différents champs d'intervention :

- les professionnels du médical non spécialisés en addictologie : médecins de premier recours, psychiatres privés, pharmaciens ; médecins, infirmiers, psychiatres, psychologues, etc. des hôpitaux somatiques et psychiatriques ;
- les professionnels non spécialisés du social : travailleurs sociaux, aide sociale, dispositifs d'insertion socio-professionnels, etc. ;

[27] Denis Richard, Jean-Louis Senon, Marc Valleur (sous la dir. de) (2005). *Dictionnaire des drogues et des dépendances* . Paris. Larousse.p. 208.

- les professionnels spécialisés dans le domaine médical : unités de soins en addictologie au sein des hôpitaux — somatiques et psychiatriques — ainsi qu'au sein de structures ambulatoires de traitement (médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, etc.) :
- les professionnels spécialisés dans le domaine psycho-socio-éducatif : structures de prise en charge ambulatoire et résidentielle — prévention, aide à la survie, traitement, accompagnement thérapeutique, post-sevrage, etc. (éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, etc.).

La perspective intégrative de l'approche bio-psycho-socio-éducative définit des structures de prise en charge fondées sur l'articulation de différents champs de compétences relatifs à une diversité de structures et d'acteurs spécialisés et non spécialisés.

Afin de favoriser une prise en charge adéquate et assurer la « rétention » des usagers, la continuité, la congruence et la qualité des soins et des prestations semblent indispensables. Dans cette perspective, les enjeux en termes d'organisation vont être déterminants : mise en liens, cohérence, continuité des soins et de l'ensemble des interventions. Il s'agit, en effet, de mettre en place un dispositif qui soit susceptible d'« *alterner des approches différentes, en fonction des enjeux actuels et de l'histoires de la personne, organisant le passage d'un registre à l'autre, éclairant les acquis de l'un par les acquis de l'autre.* »[28]

> *« Pour parvenir à une politique des dépendances réaliste, cohérente, efficace et crédible, il faut affiner les quatre piliers. La prévention, qui se veut globale, comprend : la protection et la promotion de la santé ainsi que le dépistage précoce. Le pilier « thérapie » comprend non seulement les traitements classiques visant l'abstinence, mais aussi toutes les options thérapeutiques qui visent en priorité l'intégration sociale. La réduction des risques porte en premier lieu sur l'individu et les conséquences sanitaires de la consommation. Le second volet de ce pilier est la réduction des risques pour la société. »*[29]

L'approche intégrative à laquelle se réfère les auteurs du « modèle du cube » permet très justement d'associer « l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, sans en privilégier a priori aucune, et en tenant compte des interactions respectives des unes vis-à-vis des autres. »[30] Toutefois, ainsi que le soulignent Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, l'intégration est complexe à atteindre. Elle l'est d'autant plus qu'elle s'inscrit dans une rupture paradigmatique par rapport à l'évolution historique de l'offre de prise en charge des dépendances au niveau de l'ensemble des champs d'intervention — spécialisés ou non — que ce soit dans le domaine médical et dans le domaine social. A ce titre, elle bouscule les héritages des modèles antérieurs exigeant un décloisonnement et une

[28] Alain Moirel, Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod. p. 260.

[29] Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). *Le modèle du cube en bref. Complément aux transparents*.

[30] Ibidem p. 260.

réorganisation du système de prise en charge, de son fonctionnement et de son pilotage.

La notion *d'addictologie* est centrale dans le modèle du « cube ». Elle définit une approche de l'ensemble des conduites addictives à la fois décloisonnée — dépasser l'approche par produits — et susceptible de prendre en compte la dimension multifactorielle des dépendances. La Commission fédérale pour les questions liées aux drogues souligne, dans son rapport « psychoaktiv.ch », que :

> *« Le nouveau modèle de la politique des dépendance repose sur une optique globale et inclut toutes les substances psychoactives, y compris celles qui sont actuellement légales. »*[31]

L'addictologie a ainsi « pour finalité d'affiner le traitement et la prévention des différentes pratiques qui la qualifient ». Ce faisant, elle se définit comme « une science des comportements de dépendances, envisageant leurs causes et conséquences à la fois sous l'angle de la physiologie et de la génétique, de la psychologie et de la sociologie. »[32] La prise en compte de la dimension globale de l'addiction définit une prise en charge selon trois axes — **prévention et intervention précoce** ; **réduction des risques** ; **traitement**[33]. Confrontons ces trois axes à l'analyse du cas fribourgeois. Nous explorons ici les principales articulations entre les différents dispositifs et les demandes des usagers.

4.2. Articulations I : prévention secondaire et intervention précoce

La prévention se décline selon trois formes distinctes : primaire, secondaire et tertiaire. Très schématiquement et par analogie avec une pathologie où l'objectif de la prévention primaire consiste à empêcher son apparition chez des sujets sains, elle consiste, dans l'approche conventionnelle de la dépendance, à pérenniser un idéal qui est l'abstinence. La prévention secondaire va être mobilisée au profit de consommateur dans un objectif de retour à la situation originelle d'abstinence, quelque soit l'usage de consommation. La prévention tertiaire, quant à elle, aura pour objet de prévenir les rechutes chez des sujets redevenu abstinent.

Prévention secondaire et dépistage précoce vont s'articuler sur une approche combinant la **rencontre**, le **repérage**, **l'intervention**, soit, d'une part, sur les *comportements à risques* — éducation et information par rapport aux risques pour soi et aux risques pour autrui — et, d'autre part et selon les situations, le *soutien à l'autochangement* ou *l'aide à la motivation* et un accompagnement vers une prise en charge spécialisée.

---

31 Commission fédérale pour les questions liée aux drogues (2005). « psychoaktiv.ch ». D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives. Berne. CFLD.

32 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). *Le modèle du cube en bref. Complément aux transparents*.

33 Traitement dans le cadre d'une approche bio-psycho-socioéducative.

La prévention secondaire va ainsi s'inscrire dans une articulation entre des *acteurs médico-sociaux non spécialisés* — travailleurs sociaux, éducateurs, médecins de premier recours, médecins du travail, médecins scolaires, infirmière scolaires, etc. — et les *professionnels des structures spécialisés*. Se pose ici une contrainte en termes de structures et d'organisation, à savoir : pouvoir créer les conditions d'une bonne intégration transdisciplinaire des différents champs d'interventions — prévention, traitement, réduction des risques — susceptibles d'intervenir dans la trajectoire de l'usager afin d'en garantir la transversalité.

La technique de l'entretien motivationnel (EM) a été développé dans le cadre des traitements des dépendances aux produits psychotropes — alcool et produits illégaux. Celle-ci permet une rupture l'approche traditionnelle de type confrontant qui ne permettait pas de créer les conditions favorables à l'auto-changement, dans la mesure où le travail du praticien consiste, par la maîtrise de la technique de l'entretien motivationnel, à faire « *progresser le patient vers une décision de changement* ».[34] Une seconde étape vise alors à consolider une décision de changement.

Le praticien va être ainsi amené à intervenir sur l'aspect motivationnel, l'objectif de l'accompagnement du patient consistant essentiellement à créer les conditions favorables à un auto-changement. Jacques Besson souligne que ce « *travail prend habituellement quelques années, échelle de temps nécessaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.* » Il souligne, par ailleurs, à l'endroit du médecin de premier recours, que l'acquisition de la technique thérapeutique de l'entretien motivationnel est d'accès facile et « *qu'elle lui rendra service dans d'autres activités de sa pratique.* »[35]

Notre analyse montre que les acteurs les mieux placés pour un travail de repérage des comportements d'usage à risques, ainsi que des modes de consommation susceptibles, à terme, d'évoluer vers une dépendance, et assurer ainsi un accompagnement dans le cadre d'une prestation de type intervention précoce, sont également ceux qui, paradoxalement, paraissent les moins engagés dans une telle procédure. Il apparaît, en effet, que les médecins de premier recours, les médecins scolaires, les médecins du travail, de même que les travailleurs sociaux et les éducateurs maîtrisent de façon très inégale les techniques relative à ce type d'interventions, en particulier celle de l'entretien motivationnel.

[34] Hassan Rahioui (2006). « Entretien motivationnel ». In In Michel Reynaud (sous la dir de). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion. Médecine-Sciences. p. 242.

[35] Jacques Besson (2005) « Addiction et troubles psychiques : comment les traiter ensemble ? ». In Isabelle Gothuey (sous la dir.) — COROMA. *Toxicodépendance. Problèmes psychiatriques courants*. Genève. Médecine & Hygiène. p. 18.

4.2.1. Prévention secondaire et professionnels de la santé non spécialisés : une spécialisation nécessaire, des réseaux à mobiliser

Il est apparu, dans le cadre de notre mandat, qu'au sein des professionnels de la santé non spécialistes du canton de Fribourg, en particulier au niveau des médecins de premier recours, la difficulté, pour une partie d'entre eux est de renoncer à la posture classique de l'expert au profit d'une approche moins « *confrontante* » et plus favorable à l'évolution du patient vers une démarche d'auto-changement. Ainsi, l'un de nos interlocuteurs fribourgeois, également médecin de premier recours, soulignait, à ce propos, que :

> *« Le problème, c'est que les médecins de premier recours sont encore souvent dans la confrontation : Mais vous vous rendez compte ! Mais regardez votre foie ! Je vous ai déjà dit que vous ne deviez pas boire ! Ils ont entendu parler de l'entretien motivationnel, de l'entretien bref, mais pas plus. La personne qui a un problème d'alcool va aller chez son médecin. Il va lui parler comme ça : Bon, vous avez un problème d'alcool. Vous prenez de l'antabuse et vous revenez dans trois mois. »*

Face à cette situation, la mise en place, dans le cadre de la formation permanente des médecins, de cours destinés à l'acquisition ou à la vérification des connaissances acquises des techniques de l'entretien motivationnel pourrait favoriser un accroissement du nombre de médecins, en particulier au sein des médecins de premier recours, susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'intervention précoce. Ce faisant, le dispositif cantonal des dépendances pourrait ainsi bénéficier d'un renforcement de son offre au niveau de la prévention secondaire.

Il faut toutefois relever que le canton de Fribourg ne constitue en rien une exception en la matière. Il est en effet apparu, dans le cadre de nos entretiens exploratoires, que d'autres cantons romands devaient également faire face à une situation identique.

Dans le cadre de la prise en charge de patients consommateurs d'héroïne, le praticien dispose, grâce aux produits de substitution, d'une réponse sous forme de traitement à leur demande. Confrontée à des patients dépendants de produits pour lesquels il ne dispose d'aucun produit de substitution, sa capacité de réponse paraît très limitée. Elle le sera d'autant plus qu'il ne maîtrisera pas l'approche motivationnelle :

> *« Avant l'élargissement du programme méthadone, il y avait cinq à six ans entre la première prise d'héroïne et la première demande de traitement. Nous sommes passés à deux ans. Ça a donc beaucoup baissé. Le problème avec la cocaïne, mais également avec toutes les autres substances, c'est qu'au fonds, nous n'avons pas de produits de substitution. Qu'avons-nous à proposer ? Les gens le savent très bien. Que pouvons-nous faire ? Discuter avec eux, travailler leur motivation, leur prescrire des médicaments pour soulager leur dépression ou que sais-je. Donc il faut mobiliser une approche*

davantage psychologique, mais c'est moins facile d'attirer les gens dans le réseau. »

Parmi les autres aspects soulignés par certains de nos interlocuteurs, il y a une certaine réticence à s'engager dans des traitements de longue **durée** :

« La boîte à outils, nous l'avons. Enfin … il y a les formations. Moi, j'en ai fait plusieurs. Je pense que les médecins de premier recours peuvent faire du très bon boulot du côté de la prévention secondaire, mais il faut vouloir le faire. Et puis je pense qu'il y a encore pas mal de collègues … enfin, ça a peut-être changé … mais qui disent : Un alcoolo, c'est fichu d'avance. Et puis là, ça ne les intéresse pas. »

« Moi, j'ai des copains médecins qui me disent qu'ils ne prendront jamais un patient alcoolique ou toxicomane. Jamais dans ma clientèle, je ne peux pas. Je trouve un peu dur, mais c'est au moins très clair. »

Parmi les difficultés rencontrées par les médecins de premier recours, un autre aspect est mis en évidence et qui a trait à la **relation**, en particulier au niveau de la distance entre le médecin et son patient, des entretiens de famille :

« Un médecin m'appelle pour un de ses patients. Ce n'est pas lui qui a consulté, mais son épouse, en lui disant : mon mari a un problème d'alcool. Le médecin et le mari se connaissent bien, ils sont voisins. Le samedi précédent, ils ont bu un verre ensemble. Le médecin me dit : je ne sais pas où l'envoyer, parce que moi, je ne peux pas aborder ce problème avec lui. Et puis il va me répondre que tout le village est alcoolique, y compris moi, son médecin. Mais en même temps, sa même est inquiète et ils risquent de se séparer. »

« De toute façon, il faut prendre la famille aussi, le couple la plupart du temps. Le problème, c'est qu'il faut savoir gérer un travail comme ça. Beaucoup de personnes ne veulent pas venir, parce qu'ils disent au patient : c'est ton médecin, il va être de ton côté, pas du mien, donc je ne viens pas. »

Face à la complexité de certaines situations, il conviendrait de renforcer la capacité d'intervention des médecins de développer des réseaux de coopérations entre les intervenants non spécialisés et les centres spécialisés. De même il semblerait pertinent de développer une addictologie de liaison.

4.2.2. Prévention secondaire, intervention sociale et jeunes adultes : une articulation prioritaire et groupes à risque

Dans le canton de Fribourg, l'offre spécifique de prise en charge destinée aux consommateurs adolescents et jeunes adultes de produits psychotropes légaux et illégaux relève, actuellement, essentiellement de la prévention primaire et de la prévention secondaire menées dans le cadre des activités de l'association REPER, ainsi que de la Suchtpräventionsstelle pour la population germanophone. Au niveau de la réduction des risques et des traitements, cette population va être prise essentiellement en charge par les structures existantes. L'un de nos interlocuteurs,

professionnel de la santé, intervenant en milieu psychiatrique, soulignait, à ce propos, que :

> *« S'il y a, certes, des partenaires qui s'occupent très bien au niveau de la prévention, au niveau de la prise en charge proprement dite de cette population, nous n'avons pas l'infrastructure, tant au niveau de l'information, des locaux et des personnes, pour s'occuper correctement de ce problème de santé publique. »*

Au niveau de l'offre résidentielle, nous avons observé un manque de structures pour accueillir des adolescents et jeunes adultes en phase de consommation, soit un certain nombre de places — que nos interlocuteurs ne peuvent toutefois évaluer précisément, mais qui ne devraient pas être très nombreuses — dont l'accès serait à bas seuil d'exigence. Ce faisant, les enjeux d'une bonne rétention de cette catégorie d'usagers au sein du dispositif dépendance ou, en d'autres termes, les enjeux liés à l'adéquation d'une telle offre par rapport à la demande, vont dépendre essentiellement, d'une part, de l'intégration de la question de la consommation de substances dans le cadre de la prise en charge. Elle va dépendre, d'autre part, de l'offre de liaison susceptible[36] d'être mobilisée en cas de besoins par les prestataires de cette offre — pédopsychiatrie, addictologie, etc.

Avant d'aborder l'offre de l'association REPER, il s'agit, dans un premier temps et afin de favoriser la réflexion, de mettre en perspective certains éléments clés de la problématique générale de la consommation de produits psychotropes légaux et illégaux au sein de la population adolescente et jeune adultes ainsi que certains enjeux relatifs à sa prise en charge. Dans cette perspective, les entretiens que nous avons effectués en début de mandat dans le cadre de notre étude exploratoire ont été particulièrement précieux.

Adolescents et jeunes adultes, la mise en place d'un dispositif de prise en charge des dépendances : enjeux et perspectives

Dans la perspective de la mise en place d'une offre destinée à la prise en charge d'une population adolescente et jeune adulte, son inscription au sein d'une structure spécifique et autonome par rapport à l'offre destinée aux adultes apparaît comme une nécessité. Celle-ci devrait également être à même de privilégier une approche ambulatoire ainsi que le maintien des usagers au sein de leur lieu de vie. Autre enjeu essentiel : la nécessité de prévenir toute forme de « *psychiatrisation* » de la prise en charge des comportements d'usage de consommation de produits psychotropes légaux et illégaux. L'un de nos interlocuteurs soulignait à ce propos :

[36] Le « *Protocole de collaboration entre la Fondation Les Oliviers et l'Unité de toxicodépendance (UTOX)* » au sein du canton de Vaud et dans lequel sont abordées notamment les questions relatives à l'organisation et au cadre d'intervention des responsables de l'addictologie de liaison pourrait être de nature, dans la perspective d'une réflexion, à constituer un document de référence.

> *« Il y a beaucoup de jeunes qui consomment de temps en temps et qui ne virent pas du tout dans la dépendance. Ce qu'il faut éviter, c'est qu'ils évoluent vers une dépendance. Effectivement, ceux qui ont un trouble psychiatrique sont à risque parce qu'ils découvrent un truc qui leur fait du bien. Mais il faut faire très attention, il faut arrêter de psychiatriser tous les adolescents. Le risque de leur coller une étiquette psychiatrique, est phénoménal. Ils n'ont pas tous un problème psychiatrique, il y a des adolescents, et c'est normal, qui ont des conflits, qui sont fluctuants, etc. »*

Enfin, nous avons pu observer un large consensus au niveau de la perception des comportements d'usage relatifs à cette population particulière, à savoir que l'on parlera de comportements de consommation à risques — pour soi et pour autrui —, jamais de dépendance, ce qui ne signifie nullement qu'une perspective d'évolution vers la dépendance n'est pas prise en compte. Toutefois, si parmi les consommateurs jeunes, des déterminantes de type « trouble de la personnalité » ou « troubles psychiatriques » peuvent induire une consommation « *autothérapeutique* ». Ainsi les auteurs du rapport « psychoaktiv.ch » soulignent que : « *Souvent préexistants à la consommation de substances psychoactives (les problèmes psychiatriques) peuvent être partiellement responsables des abus, mais aussi en être la conséquence.* »[37]Il y a toutefois lieu ici d'être très prudent ainsi que l'ont mis en évidence certains de nos interlocuteur, que ce soit par rapport à la pose d'un diagnostic ou par rapport à l'évolution de l'usage vers une dépendance : « *Le devenir de cette rencontre, et notamment son évolution vers une pathologie addictive, reste malheureusement encore obscur.* »[38]

Intervention précoce et prévention des comportements à risques : principaux acteurs, enjeux et perspectives

Dans le cadre d'un dispositif destiné à une population adolescente et jeune adulte, l'intervention précoce ainsi que la prévention des comportements à risque constituent des objectifs d'interventions prioritaires. Ce faisant, la rencontre et le repérage vont être au cœur de cette stratégie d'action. Il n'est toutefois nullement question, dans ce cadre, d'instituer des systèmes de dépistages-contrôles. En effet, ainsi que le soulignent Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, « *le repérage, dans l'intervention précoce, est d'une toute autre nature. C'est même une alternative aux dépistages-contrôles : il est le fruit d'une auto-évaluation plus que d'une évaluation, il est volontaire et avant tout destiné à l'usager, et il s'inscrit dans une relation et des offres d'aide.* »[39]

---

37 Commission fédérale pour les questions liée aux drogues (2005). « psychoaktiv.ch ». D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives. Berne. CFLD.

38 P. Stéphan, O. Halfon (2005). « Toxicodépendance et processus d'adolescence ». In Isabelle Gothuey (sous la dir.) — COROMA. *Toxicodépendance. Problèmes psychiatriques courants*. Genève. Médecine & Hygiène. p. 131.

39 Alain Morel et Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod.

Ainsi, les objectifs des interventions relatives au repérage vont être de cibler, d'une part, les comportements de consommation, en particulier au niveau des usages problématiques susceptibles, à terme, d'évoluer vers une dépendance, ainsi que les comportements à risques et, d'autre part, les groupes de populations les plus vulnérables. Ainsi que le précise l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, ce type d'interventions « *se fonde sur l'hypothèse que nous pouvons identifier des groupes vulnérables et réaliser des interventions qui réduisent leurs risques de développer des problèmes de toxicomanie.* »[40]

Ainsi que le relèvent les responsables du « Râteau-Ivre », une structure mise en place dans le canton de Neuchâtel par le Drop-in et dont l'un des objectifs est très justement d'identifier et d'intervenir auprès de certains groupes vulnérables, il s'agit en particulier — sans être exhaustif — de jeunes qui « rencontrent certaines difficultés comme, par exemple, des problèmes familiaux, de violence ou d'agressivité mal contenue, qui sont parfois en échec scolaire, ce qui entraîne une perte de l'estime de soi et un manque de débouchés professionnels, ainsi que certains adolescents ayant un vécu migratoire, de grosses difficultés d'intégration souvent associées à de grandes souffrances personnelles et familiales. »[41]

L'intervention précoce dont la stratégie va combiner différents types d'actions — rencontre, repérage et interventions (aide à la motivation, éducation, information, orientation vers un accompagnement spécialisé, etc.) — ne peut être improvisée, en particulier lorsqu'il s'agit d'adolescents et de jeunes adultes. En effet, « cette rencontre avec des jeunes qui ne sont généralement pas demandeurs ne se réalise qu'à certaines conditions : aller vers eux et, puisqu'il s'agit de parler d'un comportement qui est socialement réprouvé, ouvrir des espaces protégés où puisse être entendue et discutée leur expérience individuelle, sans jugement a priori. »[42] Ce faisant, ainsi que le soulignent les auteurs du rapport « psychoaktiv.ch », « le développement des compétences des professionnels directement en contact avec les jeunes pour leur permettre de reconnaître les situations problématique et de renforcer leur capacité de décision »[43] est un facteur clé de la prévention secondaire et de l'intervention précoce.

---

40 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2003). « La consommation de drogues chez les jeunes gens vulnérables ». In *Objectif drogues. Briefing bimestriel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies*. Bruxelles. Office des publications officielles des Communautés européennes.

41 Christophe Jaggi, Yvan Grecuccio (2006). Le Râteau. Bistrot ado. Neuchâtel. Drop-in.

42 Alain Morel (2006). « Adolescents et usages de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce. » In *Santé de l'Homme*, no 386, novembre/décembre.

43 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). « psychoaktiv.ch ». D'une politique des drogues illégales à une politiques des substances psychoactives. Berne. CFLD.

L'intervention précoce se déroule « d'abord et principalement dans le milieu de vie »[44]. Dans ce cadre, l'école est amenée à jouer un rôle déterminant. Il s'agit toutefois de distinguer, dans ce cadre, d'une part, la prévention primaire de la prévention secondaire et, d'autre part, au sein des interventions relatives à la prévention secondaire, celles de type non ciblées des interventions sélectives au profit d'individus vulnérables. Dans ce cadre, le « drop out scolaire » peut constituer un indicateur important. Toute la difficulté consistera à définir des critères pertinents, non discriminants et susceptibles d'être acceptés et mobilisés par les acteurs les mieux placés dans ce cadre — travailleurs sociaux, enseignants, éducateurs, infirmières scolaires, etc.

Les médecins de premier recours sont également appelés à jouer un rôle de premier plan, à condition toutefois qu'ils aient été formés et qu'ils maîtrisent certaines techniques spécifiques telles que l'entretien motivationnel (EM). Cette approche paraît d'autant plus déterminante que cette population adolescente et jeune adulte sera dans la phase dite de « lune de miel avec le produit » et que le praticien, ce faisant, pourrait être amené à intervenir à contre-courant, ainsi que le souligne Alain Morel : « *La prévention est ainsi amenée à intervenir à contretemps — lorsque le problème ne se pose pas — mais aussi à contre-courant, alors que le sujet ne perçoit de son usage que les bénéfice qu'il en tire : socialisation parmi ses pairs, soulagement de tensions internes et externes, et puis du plaisir.* »[45]

Dans le cadre de la prévention des comportements à risque, ainsi que dans celui de l'intervention précoce, le milieu festif constitue également un espace de rencontre et de repérage. Des projets ont ainsi été mis en place dans certains cantons comme à Genève où, dans le cadre du Programme « Nuit Blanche ? », des groupes de pairs et des professionnels vont intervenir. Toutefois, s'il y a des comportements d'usage de consommations « à très grand risque », notamment avec la cocaïne et les drogues de synthèse, il serait faux, ainsi que le précise un intervenant dans un cadre hospitalier spécialisé, de perdre de vue l'importance de l'alcool chez les adolescents et jeunes adultes, que ce soit au niveau des consommations à risque, ainsi que, chez certains d'entre eux, des consommations problématiques qui pourraient évoluer, à terme, vers une dépendance[46] :

> « *Je pense que nous devrions être beaucoup plus incisifs sur les dangers que peut représenter l'alcool. Là, nous nous focalisons sur*

[44] Alain Morel et Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod.

[45] Alain Morel (2006). « Adolescents et usages de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce. » In *Santé de l'Homme*, no 386, novembre/décembre.

[46] « Lorsque je regarde dans les unités de sevrage d'alcool, la moyenne d'âge, auparavant, était autour de 50 ans. Je n'ai pas de données exactes, mais là, il y a vraiment des jeunes qui sont dépendants, qui commencent à boire le matin. Mais ce n'est pas le même profil, c'est souvent des jeunes au chômage, très isolés et qui ont surtout une consommation d'alcool associée au tabac, aux benzo et au cannabis. » (Médecin spécialiste intervenant en milieu hospitalier).

les drogues illicites, mais le vrai danger pour les jeunes, c'est l'alcool et le tabac. »

Si l'intervention précoce va se dérouler d'abord et principalement dans le milieu au sein duquel évoluent les adolescents et jeunes adultes, d'autres portes d'accès peuvent également être privilégiées. Dans ce cadre, des acteurs tels que la police et, plus encore, les juges des mineurs, peuvent être amenés à jouer un rôle déterminant dans le cadre de l'intervention précoce. Des exemple d'interventions avec ce types d'intervenants ont été recensées dans certains cantons, notamment dans ceux de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, de Berne, de Genève, de Neuchâtel et du Valais. Dans certains cas, « *la police ou la justice est le principal acteur, parfois elle apparaît dans un rôle secondaire dans une initiative provenant d'un autre secteur.* »[47] L'expérience menée à Neuchâtel, dans le cadre du dispositif « Cannado », constitue, à nos yeux, une expérience intéressante en matière de collaboration entre la justice des mineurs et le Drop-in. Il en va de même à Fribourg, avec Rond-Point, un dispositif mis en place par l'association REPER.

Certaines portes d'accès peuvent également être mises en place. Des expériences menées dans les cantons de Vaud et de Genève montrent que des structures de type « Santé Jeunes » peuvent également jouer un rôle déterminant dans la prévention et les interventions précoces destinées aux adolescents et jeunes adultes. Dans le cadre de nos entretiens exploratoires, l'un de nos interlocuteurs, spécialiste des addictions et intervenant en milieu hospitalier, soulignait, à ce propos, que :

« Ce que nous avons pu observer, c'est que les jeunes se bougent très, très peu par rapport à leur dépendance. Par contre, nous savons que les jeunes vont pour la plupart une fois par année chez le médecin. En mettant en place des lieux où ils peuvent aborder leur souci par rapport à la sexualité, par rapport à la pilule, par rapport à la vaccination et d'autres demandes par rapport à leurs petits maux, on a également des lieux où on peut aborder avec eux les pratiques à risque. De mon point de vue, on touchera beaucoup plus de jeune, par un bon service « Santé Jeunes » que par un service spécialisé de type « Addiction jeune ».

Il s'agit maintenant de mettre en évidence certains éléments qui, dans le cadre de nos observations, apparaissent comme autant d'atouts dont pourrait disposer le canton de Fribourg et qui pourraient jouer un rôle déterminant dans la perspective de l'élaboration et de la mise en place d'une offre destinée à une population adolescente et jeune adulte.

[47] Marie-Louise Ernst et ali. (2002). Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes. Le rôle de la police, des tribunaux et des juges des mineurs. Résumé. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

L'association REPER : prévention primaire et secondaire, comportements à risque et intervention précoce, un acteur clé

L'association REPER apparaît, à Fribourg, comme un acteur disposant d'une longue expérience, notamment au niveau du travail « hors mur ». Ce faisant, elle paraît particulièrement qualifiée pour mener des interventions auprès d'adolescents et de jeunes adultes, que ce soit au niveau de la prévention des comportements à risques ou au niveau de l'intervention précoce. En effet, l'association REPER dispose, dans ces domaines, de plusieurs axes d'intervention, dont en particulier le travail de rue ou « hors murs », l'accueil au sein de son site « *Accueil et Réalisation* », l'intervention brève dans le cadre de Rond-Point, les interventions lors de soirées festives, les interventions dans le cadre d'institutions et foyers d'éducation ainsi que les interventions au niveau scolaire post-obligatoire sur demande des directions d'établissements. Si l'association a œuvré essentiellement en Ville de Fribourg, elle dispose désormais, également depuis une année environ, d'une antenne à Romont.

L'association REPER, qui est issue de la fusion de la LIFAT et de RELEASE (2006), bénéficie des acquis et de l'expérience de ces deux structures : de la LIFAT, fondée en 1956, au niveau de la prévention primaire et de RELEASE (1972) au niveau de la prévention secondaire et tertiaire. Dans le cadre de la prévention primaire, l'association va ainsi intervenir, en particulier, dans le cadre de programmes d'information et de formation ainsi que dans celui du développement et de l'accompagnement de projets destinés à des populations jeunes et adultes.

L'association REPER va également intervenir au sein des trajectoires post stationnaires par des prestations d'accompagnement et de suivi, notamment lors de la sortie des patients du Centre de soins hospitaliers de Marsens. Elle peut également intervenir dans le suivi des patients au bénéfice d'une prise en charge ambulatoire dans le cadre du Centre de traitement des addictions (CTA). Il apparaît toutefois que, dans le bilan de leur collaboration avec certaines structures spécialisées du canton — ambulatoire ou résidentiel —, les responsables de l'association REPER font état de certaines faiblesses.

Ils relèvent, en particulier, certaines expériences où ils ont dû constater, que, en dépit du travail effectué en amont dans le cadre de l'intervention précoce, leurs collaborateurs n'ont pas été intégrés dans le processus de prise en charge et de traitement des usagers, ou alors insuffisamment à leurs yeux, en dépit de leur offre d'accompagnement et de suivi, dès la prise en charge de ces usagers par ces structures :

> *« La personne qui va faire un équilibrage sur sa défonce, après un mois, elle revient en ville de Fribourg sans qu'il y ait eu véritablement de préparation à la sortie. Ils n'invitent pas les*

> *travailleurs sociaux qui ont joué un rôle important en amont de cette prise en charge en milieu hospitalier. Or, pour moi, la sortie est importante, il faut éviter que ces jeunes repartent de Marsens et se retrouvent tout de suite dans leurs mauvaises habitudes. Il faudrait donc pouvoir préparer la personne en mettant en place des entretiens. Ça se fait ponctuellement sur insistance du patient, mais c'est loin d'être toujours le cas. On devrait, à mon sens, être beaucoup plus attentif sur cet aspect-là. »*
>
> *« Le problème, avec l'UTA, c'est qu'ils ne collaborent pas avec nous, mais vraiment pas. Nous essayons d'avoir des séances avec eux pour les informer. S'ils viennent chercher l'information, ils sont friands d'informations, en revanche, ils ne pratiquent jamais la réciprocité, malgré tout le travail que nous avons effectué avec le jeune pour le convaincre d'aller à l'UTA. »*

Notre objectif, ici, n'est pas d'aborder de manière exhaustive l'offre de l'association REPER, ni de présenter, dans le détail, ses différentes prestations, mais de mettre en évidence son rôle dans le cadre de la prise en charge des populations dépendantes depuis la fondation de Release en 1972, en particulier au niveau de ses prestations ainsi que de ses interventions dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce faisant, il apparaît que le savoir-faire de ses collaborateurs, l'expérience acquise au niveau de ses différentes structures, de même que la participation régulière de ses responsables au sein des différents groupes de travail et de réflexion qui ont été mis en place dans le canton, peuvent constituer autant d'atouts susceptibles d'être mobilisés dans le cadre de l'élaboration d'un dispositif de prise en charge des dépendances dans le canton de Fribourg.

Chaîne de soins du Secteur de psychiatrie des enfants et des adolescent et intégration au sein du dispositif dépendance : réflexion autour de certains enjeux

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa chaîne de soins, le Secteur de psychiatrie des enfants et adolescents va bénéficier d'une offre axée à la fois sur l'ambulatoire — équipes mobiles — , sur la psychiatrie de liaison, sur des structures intermédiaires — clinique de jour ; clinique de nuit —, ainsi que sur le stationnaire. Ce continuum au niveau des structures de l'offre, articulée entre ambulatoire et résidentiel, aura pour objet de renforcer la capacité de ce secteur à favoriser le maintien de ses patients dans leur lieu de vie et de réduire ainsi, autant que faire se peut, le recours aux hospitalisations ou, à tout le moins, à des séjours hospitaliers prolongés. Ce faisant, ainsi que le souligne Patrick Haemmerle, « *l'offre ambulatoire figurera au premier plan. (Il s'agira) d'équipes mobiles aptes à se déplacer, c'est-à-dire dans les familles, les écoles, les institutions pédagogiques, là où les crises des jeunes se manifestent en premier lieu.* »[48]L'intégration d'intervenants non spécialisés, qu'ils relèvent de la santé, du social et du pédagogique, apparaît, dans ce cadre, comme déterminante : « *Ces instruments permettront également un vrai*

[48] Patrick Haemmerle (2007). « Les ados — "l'avant-garde" de la future psychiatrie fribourgeoise ». In Rapport annuel 2006. Marsens. Hôpital psychiatrique cantonal.

travail multi-systémique, intégrant les intervenants des différents domaines sociaux, familiaux, scolaires, etc. »[49].

Sur le site du Centre de soins hospitaliers de Marsens, le Secteur de psychiatrie des enfants et des adolescents bénéficiera d'une structure stationnaire constituée, dans un premier temps, de deux unités distinctes. La première, Magellan, destinée essentiellement à l'accueil et à la « *la prise en soins des jeunes en crise au sein d'un service d'urgence psychiatrique aiguë.* » Quant à Copernic, elle est destinée à « *assumer la partie de la prise en charge thérapeutique de moyenne à longue durée.* »[50] Dans le cadre de Magellan, le Secteur de psychiatrie des enfants et adolescents dispose d'une chambre de soins dits intensifs (CSI) évitant ainsi de devoir recourir aux structures de la psychiatrie adulte.

Un dispositif d'indication visant à statuer sur les demandes d'hospitalisation devra être mis en place. Dans le cadre de cette procédure, il s'agira, en particulier, de s'assurer que toutes les options de l'offre de la chaîne de soins auront été exploitées et de déterminer si une alternative mieux adaptée à un séjour en milieu stationnaire ne pourrait pas être proposé. En cas d'hospitalisation, le séjour devrait être « *suivi rapidement, dans la mesure du possible, par des mesures de réadaptation, comme par exemple la réintégration scolaire et professionnelle.* »

L'intégration de la chaîne de soins du Secteur de psychiatrie des enfants et des adolescents au sein du dispositif dépendance pourrait favoriser un renforcement substantiel de l'offre au profit de cette population spécifique d'adolescents et de jeunes adultes. Il s'agirait toutefois de prendre en compte certains enjeux qui, à ce stade déjà, peuvent être mis en évidence. Ceux, d'une part, relatifs à l'organisation des interfaces entre la chaîne de soins du Secteur de psychiatrie des enfants et des adolescents et les autres structures du dispositif dépendance — prévention, réduction des risques, traitement, répression — dans le cadre de l'intégration de son offre au sein de ce dispositif. Dans ce cadre, les responsables de l'association REPER pourraient être amenés à jouer un rôle important. Les enjeux relatifs, d'autre part, ainsi que l'ont souligné nombre de nos interlocuteurs dans le canton de Fribourg, mais également lors de nos entretiens exploratoires, aux risques liés à une « psychiatrisation » de la prise en charge des comportements d'usage de consommation de la population adolescente et jeune adulte.

Par son intégration au sein du dispositif dépendance, la chaîne de soins du Secteur de psychiatrie des enfants et des adolescents

[49] Patrick Haemmerle (2007). « Les ados — "l'avant-garde" de la future psychiatrie fribourgeoise ». In Rapport annuel 2006. Marsens. Hôpital psychiatrique cantonal.

[50] Patrick Haemmerle (sous la dir.) (2007). Concept des unités psychiatriques pour adolescent-e-s du Secteur de psychiatrie et phsychorhérapie pour enfants et adolescents (SPPEA) au sein du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM). Marsens, Fribourg. Unités psychiatriques pour adolescent(e)s à l'Hôpital psychiatrique cantonal. Service de pédopsychiatrie.

permettrait au dispositif dépendance de disposer d'un pôles ressources — formation, information, conseils, appui, etc. — au profit de l'ensemble des intervenants, à l'instar de celui constitué par les acteurs de la chaîne de soins addictions mise en place dans le Secteur Psychiatrie adulte — nous y reviendrons plus en détail dans un chapitre ultérieur. En effet, ainsi que le soulignent Barbara Broers et Jean-Alain Dubois à propos des médecins de premier recours, la formation ne suffit pas, il importe également et avant tout ceci :

> *« Le médecin de premier recours a besoin de s'appuyer sur un réseau spécialisé. C'est peut-être le point le plus important : l'expérience du projet MedRoTox a montré que l'offre de formation continue, même si elle est très appréciée, n'est pas suffisante pour inciter les médecins de premier recours à s'occuper de façon plus active des problèmes de dépendance (…) (Les médecins de premier recours) expriment le besoin de s'appuyer sur des institutions ou des confrères spécialisés pouvant en tout temps les conseiller et reprendre rapidement des situations devenues trop difficiles à gérer au cabinet médical. »*[51]

En conclusion, il apparaît que la mise en œuvre d'une politique de prévention secondaire et d'intervention précoce, inscrite au sein du modèle du « Cube » et au profit de l'ensemble des groupes de populations concernés, renvoie, d'une part, à une série d'enjeux relatifs à l'articulation des différents acteurs, et, d'autre part, à une réticulation pertinente de leurs actions, ainsi qu'au renforcement de leurs compétences. Il s'agirait alors :

- d'identifier des structures et des acteurs intervenant actuellement dans la prévention (partie romande et germanophone du canton) ;
- d'identifier des structures et des acteurs susceptibles de renforcer l'offre existante (partie romande et germanophone du canton) ;
- de sensibiliser des acteurs potentiels à l'importance de la prévention secondaire et de l'intervention précoce, afin de motiver un plus grand nombre d'entre eux à s'engager ;
- de renforcer des compétences des structures et des acteurs appelés à intervenir dans le cadre de la prévention secondaire et de l'intervention précoce : formation, information, dispositif ressources, supervisions, intervisions, etc. ;
- de développer des réseaux de compétences entre les structures ambulatoires et les acteurs non spécialisés de la prévention.

Cette intention ne semble pas hors de portée. De « bonnes pratiques », notamment dans certains cantons romands, mettent en évidence son effectivité. De même, certaines prestations au sein du canton de Fribourg montrent que, dans cette perspective, ce dernier n'est pas privé d'atouts. Nous aborderons très schématiquement, à titre d'exemples, les dispositifs neuchâtelois dits « Râteau-Ivre » et « Cannado », le dispositif « Rond-Point » mis en place dans le canton de Fribourg et le Programme dit « Nuit Blanche ? » du canton de Genève,

[51] Jean-Alain Dubois, Barbara Broers (.) « Enseignement de la médecine de l'addiction : de la sensibilisation à la spécialisation ». In *Revue médicale suisse. La revue de la formation continue*, no 2451. Genève. Médecine & Hygiène.

ainsi qu'une expérience menée au sein des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) dans le cadre de son service de pédiatrie.

Le « Râteau-Ivre » : un bistrot destiné à la prévention primaire et secondaire

Le Râteau-Ivre, est un « *bistrot* » destiné aux 12 à 18 ans qui se veut une alternative au bar de la Ville. L'objectif de cette structure sans alcool est, d'une part, « *de réduire les risques indirectement liés à la fréquentation des bars "adultes"* »[52] : soit l'exposition répétée à la consommation d'alcool ; les consommations problématiques ainsi que les interactions avec des populations à risques. D'autre part, Le Râteau-Ivre a également pour but « *d'écouter, de conseiller et éventuellement d'orienter l'usager en fonction de sa problématique vers un service adapté.* » Il apparaît ainsi que cette structure peut constituer une pour des adolescents confrontés à des difficultés diverses.

Cannado : un dispositif de prévention aux multiples déclinaisons

Le Drop-in dispose, depuis 2004, d'un dispositif de *prévention secondaire*, dit « Cannado » et destiné à des jeunes mineurs consommateurs de produits psychotropes. Dans ce cadre, il travaille en articulation avec les services orienteurs, ainsi qu'avec les parents :

- avec la justice des mineurs — *Cannado justice* — comme alternative à des mesures pénales en articulation ;
- avec certaines écoles — *Cannado école* — et dont l'objectif est de prévenir une déscolarisation, une désinsertion sociale et familiale, à améliorer la situation personnelle de ses usagers (psychique, familial, social et scolaire) et réduire la consommation de produits psychotropes ;
- avec les parents (demande de prise en charge) – *Cannado consultation pour adolescent* — au travers d'un suivi individuel qui peut être couplé à un suivi adolescent-parents, voire, selon les besoins à une prise en charge thérapeutique de l'adolescent ou une à thérapie de famille.

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre de l'intervention précoce, ainsi que le précise ses concepteurs : « Le suivi précoce des jeunes consommateurs de produits stupéfiants est également une démarche de prévention secondaire qui a pour but de prendre en charge le problème tout au début de son apparition pour ainsi tenter d'éviter une évolution vers des conduites addictives sur le plus long terme. »[53] Cannado va être ainsi sollicité par les services orienteurs dès lors qu'il y a consommation de psychotropes avérée. L'approche vise une

[52] Drop-In Neuchâtel (2007). *Rapport d'activité 2006*. Neuchâtel.
[53] Ibidem.

implication des parents au sein de la démarche. Le Drop-In est ainsi susceptible de proposer des thérapies de famille, en cas de besoin, dans la mesure où elle dispose de plusieurs collaborateurs formés.

Rond-Point : dispositif fribourgeois d'intervention brève

Dans le cadre de ses prestations, l'association REPER a mis en place un dispositif appelé « Rond-Point » et présentant certaines similitudes avec Cannado, notamment au niveau des principaux acteurs susceptibles de le mobiliser au profit d'adolescents et de jeunes adultes. L'objectif général de Rond-Point est « *d'apporter une réponse rapide, facile d'accès et précoce afin de réduire les comportements problématiques en lien avec l'alcool, le cannabis ou le jeu chez les jeunes de 13 à 18 ans.* »[54] Ses prestations relèvent de l'intervention précoce dans ses différentes composantes. Rond-Point peut être mobilisé par une multitude d'acteurs, dont en particulier la Chambre pénale des mineurs, le Service des urgences des hôpitaux, le Service de l'enfance et de la jeunesse, mais également le Centre de traitement des addictions, le Service de pédopsychiatrique, ou encore les parents.

Dans le cadre d'une approche de type intervention brève, des séances destinées aux adolescents et jeunes adultes sont organisées au sein de petits groupes articulés autour de l'information, de la réflexion sur les comportements, de l'échange, ainsi que de la recherche de solution aux besoins de consommation. Rond-Point bénéficie également d'une offre destinée aux parents. Des séances d'information et de sensibilisation sont ainsi proposées, dans un cadre individuel ou en groupes.

« Nuit Blanche ? » : prévention en milieux festifs

Le programme « Nuit Blanche ? » a été mis en place dans le canton de Genève afin de renforcer son dispositif de prestations en matière de prévention secondaire et d'intervention précoce. Ce programme, destiné aux interventions en milieux festifs, a également pour ambition de cibler « *une population beaucoup plus large que le public des soirées festives.* »[55] Si ses principales interventions, dans le cadre de prévention et de la réduction des risques, concernent principalement « *les stimulants de type amphétaminiques* »[56], celles-ci peuvent également être orientées, en fonction des situations, vers d'autres types de consommation et de produits, en particulier l'alcool, la cocaïne et le cannabis. Au niveau de ses prestations, « Nuit Blanche ? »

54 Association REPER.

55 Sophie Arnaud, Frank Zobel (2006). *Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit Blanche ?" à Genève (2005-2006)*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

56 Sophie Arnaud, Frank Zobel (2006). *Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit Blanche ?" à Genève (2005-2006)*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

va mobiliser des groupes de pairs issus du milieu techno ou des travailleurs de proximité dans le cadre de stands d'information. D'autres cantons, notamment Zurich, Berne et Vaud, disposent également d'une telle structure spécialisée.

Les objectifs de « Nuit Blanche ? » sont multiples et variés, dont en particulier l'accès à une information sur les produits et sur les éventuelles conséquences de leur consommation, une information et une mise en lien, en cas de demande, avec les structures de soutien par rapport aux problèmes liés à la consommation, et à la réduction des risques — comportements à risque, usages de consommations, produits. En d'autres termes, « *favoriser des comportements à moindre risque lors de soirées festives, et informer plus largement la population sur les effets et les risques liés à la consommation de psychotropes.* »[57] En l'absence de dispositifs spécialisés, certains cantons, à l'instar de Fribourg, peuvent toutefois compter sur des interventions ponctuelles de prestataires, telle l'association REPER.

Hôpitaux universitaires genevois : expérience de prévention en pédiatrie

Aux Hôpitaux universitaires genevois (HUG), une expérience destinée à la prévention des comportements de consommation à risque chez les adolescents, a été menée dans le cadre du service de pédiatrie. Ainsi, lors d'interventions et d'hospitalisation par suite de coma éthylique, une consultation est proposée aux parents, venus chercher le patient, dans la semaine qui suit la prise en charge. Ces différents acteurs vont rencontrer, dans le cadre de cet entretien, un médecin ou un infirmier spécialisé de la consultation « Santé Jeune », parfois un médecin ou un infirmier du service d'addictologie. L'objectif est d'aborder la situation en terme d'information sur les risques liés à la consommation, ainsi que la situation globale du patient afin de déterminer s'il y a lieu de proposer une prise en charge adaptée : « *on orientera en fonction du besoin, un psychologue, un psychologue scolaire, un médecin traitant, un soutien scolaire, un suivi plus serré, etc.* » Il apparaît, ainsi que le souligne l'un de nos interlocuteurs, appelés à intervenir dans le cadre de ce dispositif que :

> *« Nous observons qu'il y a beaucoup de problèmes d'alcool chez ces parents là et deuxièmement, ça peut être un moment privilégié. Donc là, une intervention auprès de ceux qui ont eu des conséquences. Mais dans de nombreux cas, c'est des consommations qui interviennent vraiment de temps en temps, c'est la première fois que ça leur est arrive et ils ne boivent jamais trop. Alors pour ceux-là, il ne faut pas dramatiser non plus. On leur donne le guide. »*

[57] Sophie Arnaud, Frank Zobel (2006). *Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit Blanche ?" à Genève (2005-2006)*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

4.3. Articulations II : la réduction des risques, un axe encore faiblement intégré

L'inscription d'un secteur dit « réduction des risques » dans la politique de la Confédération en 1994 avec l'adoption du modèle des « quatre piliers » formalise des pratiques mises en place durant la seconde partie des années 1980 dans certaines villes et cantons suisses. Face à un accroissement de la consommation d'héroïne par injection, à une augmentation du nombre de décès par overdoses et à l'apparition du sida, leurs responsables ainsi que certains acteurs intervenant auprès de ces populations vont faire le constat de leur impuissance à enrayer cette évolution dans le cadre du modèle des « *trois pil*iers ». La diffusion et la forte progression de l'épidémie du sida dans le groupe des consommateurs par voie intraveineuse impose une réflexion sur une offre dont l'accès est conditionné à un sevrage physique préalable et dont l'objectif de traitement reste l'abstinence :

> *« La réduction des risque, est née dans l'urgence du moment, au cœur de l'action des militants — usagers de drogues, intervenants socio-sanitaires — pour contrer la propagation du VIH (…) L'approche de réduction des méfaits s'est largement construire et définie à partir du terrain de sorte qu'une foule de pratiques, souvent innovatrices, se sont développées alors que d'autres, existantes, s'y sont greffées en cours de route. »*[58]

L'épidémie du sida va ainsi s'imposer comme un problème de santé publique, rendant d'autant plus urgent la nécessité d'une rupture avec le modèle des « trois piliers ». La réduction des risques ne doit en aucun cas être réduite à cette seule question, pas plus qu'à certains pans de son offre, tels que la distribution de matériel d'injection ou les locaux d'injection. Ainsi que nous le montre la définition (1997) de l'Office fédéral de la Santé (OFSP), les objectifs de la réduction des risques s'inscrivent dans une perspective articulée entre le médical et le social abordés en termes de ressources et dont l'objectif est leur préservation :

> *« La réduction des risques et l'aide à la survie concernent les personnes qui consomment actuellement des drogues. Il s'agit d'assister ces personnes pendant la phase de dépendance, de les suivre et de les soutenir, afin de leur permettre de traverser cette phase à haut risque dans un état de santé aussi bon que possible et la meilleure intégration sociale possible et d'augmenter ainsi leurs chances de se sortir de la drogue par la suite. »*[59]

> *Cette définition repose sur une série de postulats qui vont favoriser une redéfinition de la finalité des soins, dont en particulier la nécessité d'aborder la dépendance comme un état provisoire et réversible et considérer, par conséquent, que les personnes dépendantes sont susceptibles de modifier leur comportement, à condition qu'on leur en donne les moyens. La réduction des risques ne va pas cibler la consommation, mais ses conséquences : « Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en*

[58] Pierre Brisson (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratique*. Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

[59] OFSP (1997). « Politique de la Confédération en matière de drogues ; des chiffres et des faits. » Cité in Valérie Dupertuis et ali. (2000). *Etude pour la mise en place d'une coordination du dispositif seuil bas destiné aux personnes toxicodépendantes à Lausanne*. *Etat de la question, propositions, perspectives et calendrier*. Lausanne. Rel'ier.

> *maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction, mais d'en éviter les complications. »*[60]

Dans le canton de Fribourg, le secteur de « réduction des risques » est composé actuellement de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin — Centre de jour dit « Au Seuil » et Ateliers de Fribourg — et de celle du Centre de traitement des addictions[61] qui, avec Thalassa, constituent la chaîne de soins dédiée aux addictions du Secteur de psychiatrie pour adultes. Géographiquement l'offre fribourgeoise de réduction des risques n'est pas sise en un même lieu. Historiquement toutefois, l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) du Centre psychosocial et la Fondation du Tremplin ont partagé un même bâtiment. Aux yeux de certains usagers, l'offre de réduction des risques paraissait alors dans une configuration plus adéquate par rapport à leurs besoins qu'elle ne l'est aujourd'hui :

> *« Quand l'UST était au Tremplin, il y avait une infirmière, un psy, tout ça, quoi. On savait qu'en bas il y avait la cafétéria, les ateliers et puis en haut les problèmes de santé, ça allait très bien. Et puis déjà, les horaires d'ouverture, la méthadone, c'était tous les jours. Maintenant, c'est le lundi, mercredi, vendredi de huit heures à neuf heures le matin et de cinq heures à six heures le soir. »*

Nous observons que le secteur de réduction des risques ne parvient pas toujours à déployer tous les effets escomptés, que ce soit dans le cadre de son offre médicale — soins médicaux de base et traitements de substitution — ou dans celui de son offre socio-éducative. Nous allons aborder, dans un premier temps, la problématique relative aux soins de santé de base, en particulier au niveau somatique, dans la mesure où nous avons pu observer, en ce domaine, une certaine inadéquation de l'offre au sein du secteur fribourgeois de réduction des risques. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la problématique des traitements de substitution dans le cadre de la réduction des risques, dans la mesure où il est apparu qu'un accès dit « à bas seuil d'exigence » au niveau de la prescription ainsi qu'au niveau de la délivrance du traitement ne semblent pas toujours garantis pour certaines catégories de patients[62]. Enfin, nous traiterons la question de l'offre socio-éducative qui semble en mesure de garantir une prise en charge de certains besoins de base grâce à certaines de ses prestations, mais peine, en revanche, à jouer ce rôle d'induction qui constitue l'autre priorité du secteur de réduction des risques.

Soins de santé : une absence d'offre au sein du secteur fribourgeois de réduction des risques

L'offre du secteur de réduction des risques du canton de Fribourg se caractérise, par l'absence de soins somatiques de

[60] Alain Morel, Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod. p. 257.

[61] Anciennement Unité spéciale en toxicomanie (UST) dans le cadre du Centre psychosocial, puis Unité de traitement des addiction (UTA) et aujourd'hui CTA.

[62] Nous parlerons de « traitements de substitution « à bas seuil ».

base. En effet, il apparaît, d'une part, que le Centre de traitement des addictions, bien que doté d'un poste de médecin somaticien (30 %), ne parvient plus à repourvoir ce poste qui lui a été octroyé :

> *Nous disposons, au Centre de traitement des addictions d'un poste de médecin somaticien à 30 %. L'idée était de trouver un médecin installé prêt à venir occuper ce poste tout en conservant son cabinet. Ça a marché avec un ou deux médecins et puis nous ne sommes plus parvenus à trouver un médecin somaticien ayant suffisamment d'expérience pour travailler de façon autonome. Depuis, ce poste est occupé, la plupart du temps, par un médecin assistant en psychiatrie. Mais l'idée, au départ, était bel et bien d'élargir notre offre de base, c'est-à-dire la remise des traitements de substitution, et notre offre en psychiatrie avec des soins de santé primaire. »*

Certains de nos interlocuteurs ont émis, à ce propos, l'hypothèse selon laquelle son taux d'activité (30 %), qu'ils jugent beaucoup trop faible, pouvait expliquer, en partie tout au moins, son manque d'attractivité. Ils soulignent, par ailleurs, qu'un tel poste ne devrait jamais se concevoir autrement qu'à 100 %, compte tenu, d'une part, des besoins de certains groupes de population dépendante et de la capacité d'attraction dont cette offre pourrait bénéficier. Et, d'autre part, compte tenu de l'importance d'une telle offre en matière de prévention et de promotion de la santé :

> *« Mais ces postes au pourcentage … c'est une vision d'économiste … c'est toujours un peu comme ça : quel est le nombre de patients concernés ? Ah, on a dix patients, dix patients, c'est 30 %. Vous n'allez jamais motiver un type à 30 %. Prenez le cas du docteur Martine Monnat à Saint Martin, son poste n'est pas à 30 %, vous ne pouvez pas faire un tel travail avec un 30 %. En plus, vous savez très bien que, si vous créez un tel poste, la personne ne fera pas du 30 %, mais du 100 %, parce qu'il va attirer rapidement de nouveaux patients. En mettant en place un poste suffisamment doté, vous verrez arriver plus de patients et des patients qui consulteront plus tôt et, au final, il y aura moins de comorbidités. S'ils vont tous finir par mourir et ils meurent toujours trop tôt, ils bénéficieront peut-être d'une qualité de vie qui sera meilleure pendant une certaine période. »*

A la situation prévalant au sein du Centre de traitement des addictions, d'autre part, fait écho celle des structures ambulatoires de la Fondation du Tremplin où, là également, aucun professionnel de la santé — médecin ou infirmier — n'est amené à intervenir régulièrement. Cette situation ne va pas sans poser certains problèmes au sein de cette catégorie de population. En effet, nous avons pu observer que la prison centrale de Fribourg, certains secteurs de l'Hôpital cantonal et Thalassa sont aujourd'hui en première ligne. Ce faisant, les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des formations d'abcès, liés à des injections dont l'évolution, à terme, n'est pas sans risques pour les patients : « *Quand nous les voyons arriver, quand ils arrivent chez nous, ils sont dans un état lamentable, terrible. Quand on a fait vingt ans de métier, on a du mal à pouvoir accepter que des personnes arrivent dans un tel état.* »

Cette situation constitue un enjeu de taille pour le dispositif dépendance. En effet, au sein de cette population, certains groupes, plus précarisés que d'autres, généralement désinsérés par rapport aux filières traditionnelles de soins, ne vont consulter qu'en cas d'urgence, voire d'extrême urgence. Ce faisant, ils s'adresseront essentiellement aux services des urgences des hôpitaux. Ainsi l'un de nos interlocuteurs, médecin relevait, à ce propos, que :

> *« Il n'y a pas de filière de soins pour cette population et ils n'ont pas de médecin traitant. Et puis, les médecins traitants aujourd'hui, ils ne vont pas forcément les prendre. Vous pouvez toujours téléphoner, ils ne vous prendront pas. Que reste-t-il ? La Polyclinique à Lausanne, les urgences ici à Fribourg, ce sont les deux seules structures qui vont accepter ces patients. »*

La relation « soignant à soigné » peut constituer un facteur important au sein des processus aboutissant à des situations de désinsertion. Il en va souvent, de même, pour ces catégories de patients au niveau de leurs relations avec le personnel administratif des hôpitaux ainsi que des cabinets médicaux. Certains auteurs mettent ainsi en évidence les attitudes négatives de la part de certains soignants, peu favorables au développement d'une bonne compliance, à l'égard de ces groupes de patients qu'ils considèrent comme irresponsables par rapport à leur santé. Ce faisant, ainsi que le soulignent André Seidenberg et Hueli Honegger, « *les "toxicos" sont souvent perçus comme étant source de désagréments et de troubles dans les cabinets médicaux, les policliniques et les hôpitaux ; les relations entre patients toxicodépendants et le personnel soignant peuvent être difficiles.* »[63]

Dans le cadre de la relation « soignant à soigné », certains comportements et remarques émis par le personnel médical pourront être perçus, par ces patients, comme inappropriés, voire discriminants, favorisant parfois le déclenchement de comportements qui vont contribuer à péjorer davantage encore une relation déjà bien compromise et accroître les risques de non-compliance de ces patients avec leurs conséquences en termes de rupture de soins, de demandes tardives de soins, etc.

L'un de nos interlocuteurs, médecin somaticien, responsable d'une structure de réduction des risques nous a décrit les mécanismes en jeu au sein de ces interactions, en prenant l'exemple des relations de cette catégorie de patient avec les réceptionnistes. Ce faisant, il nous montre, par son exemple, l'importance, pour ces catégories de patients, de pouvoir disposer, au sein de l'offre de réduction des risques, dispositifs de type passerelle — médiateurs, dispositifs de soins de base « à bas seuil », etc. :

> *« Imaginez un toxicomane qui consulte à l'hôpital. A qui aura-t-il à faire en premier lieu ? A une charmante secrétaire et, en général,*

[63] André Seidenberg et Ueli Honegger (2001). Méthadone, héroïne et autres opioïdes. La prescription des opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg. Médecine et Hygiène.

cette charmante secrétaire a le même âge que lui. Il va devoir remplir un formulaire où il devra indiquer son adresse, le nom de son assurance et l'adresse de ses parents. Y répondre, c'est déjà, pour lui, entrer dans des zones d'échec. Il n'a peut-être plus d'adresse, son assurance maladie n'est pas en ordre, les liens familiaux ne sont pas terribles, il s'est peut-être engueulé avec ses parents, il n'est pas marié. C'est un tel ratage qui est ainsi mis en évidence et, devant qui est-il amené à devoir l'assumer ? Devant un pair du même âge et, si ça se trouve, devant une jolie secrétaire qui le regarde et, comme dans une bande dessinée, le toxicomane, peut imaginer une bulle au-dessus de la tête de la jolie secrétaire où il peut lire : "Il pue celui-là et tu as vu ses dents !" »

Les mécanisme et enjeux au sein de cette relation « soignant à soigné » sont bien mis en évidence par les usagers du dispositif fribourgeois que nous avons rencontrés dans le cadre de notre mandat. Il apparaît ainsi que certains facteurs, tels que la crainte relative à certains types de remarques et attitudes de la part des soignants peut induire des stratégies qui sont susceptibles de favoriser les processus désinsertion. Cette crainte semble d'autant plus grande, que le rapport au corps de ces populations est emblématique :

« Il y a la honte de montrer un corps et puis de dire ben oui, je m'autodétruits. Il y a la peur, la honte du retour et puis il y a aussi que, si c'est un accident d'enfant, tout le monde sera autour et ça sera pauvre chouchou, tandis que si c'est un adulte qui se fait du mal lui-même, ce n'est pas la même chose. »

« Quand vous avez une infection, on va attendre en général le dernier moment, parce qu'on sait qu'on va se faire traiter comme des chiens. Pourquoi vous avez fait ça ? Je vous dis, ils nous traitent comme de la … parce que nous sommes toxicomanes, parce que nous sommes irresponsables. »

Au niveau des soignants, l'un de nos interlocuteurs en mettant en évidence certains mécanismes en jeu, du côté de ses pairs, soulignait sa crainte de voir se développer, chez certains soignants, une perception de ces catégories de patients comme étant de seconde catégorie. Par ses propos, ce médecin met en évidence les difficultés auxquelles les soignants peuvent être confrontés dans la prise en charge d'une population dont les conditions de vie sont très précaires, qui est désinsérée, voire exclue des filières et dispositifs classiques de prise en charge, que ce soit au niveau des soins, du social, de l'emploi, ou encore du logement, ainsi que certaines conséquences, face à ce qui peut apparaître comme étant l'expression d'un désintérêt, d'une irresponsabilité, d'un sentiments d'impuissance au niveau de la prise en charge :

« Ce sont des gens qui se négligent, qui n'ont plus d'amour-propre … et ils vont venir ici au moment où ça commence à suppurer, ça ne sent pas bon. Ils s'injectent directement dans les artères ou dans les veines et nous, nous les voyons arriver avec des aiguilles qu'ils ont cassées durant leurs injections et qu'ils ont laissées en place. Nous avons retrouvé parfois jusqu'à quatre à cinq aiguilles cassées dans certains plis fémoraux chez des toxicomanes. Ça vous fait des espèces de gros cocards infectés, c'est épouvantable. Ce sont des gens qui arrivent dans des états terribles. Et puis là, vous trouvez des complications, comme des thromboses. Vous devriez alors leur prescrire un anticoagulant, mais un anticoagulant chez un toxicomane, ça veut dire quoi ? Ça veut dire que le patient doit être suivi régulièrement, qu'il doit prendre régulièrement ses

médicaments, qu'il ne doit pas prendre de risques. Il ne va pas prendre son médicament, il va trop en prendre et il va risquer l'hémorragie. Nous sommes dans culs-de-sac. Que faire ? Que voit-on alors ? C'est que, confrontés une fois, deux fois, trois fois à ce genre de situations, certains assistants deviennent très durs. Et le danger de considérer cette population comme de deuxième catégorie. »

Offre de soins au sein du secteur de réduction des risques : une problématique qui n'est pas nouvelle

Cette absence de prestations de soins de base au sein de l'offre du secteur fribourgeois de réduction des risques peut être expliqué, en partie tout au moins, selon certains de nos interlocuteurs, par des choix stratégiques intervenus lors de la mise en place du dispositif, voire dans le cadre de son évolution au détour d'ajustement, par exemple :

« Une de nos difficultés, à Fribourg, c'est que nous, psychiatres, n'avons pas eu le souci ou n'avons pas pu développer pour les toxicomanes ce que nous appelons des soins de santé communautaire. C'est en revanche le cas à Lausanne, avec Martine Monnat à Saint-Martin. A Lausanne, il y a, à la tête du dispositif, un psychiatre qui a mis les moyens nécessaires pour développer une approche somatique dans un cadre psychiatrique. »

Il apparaît toutefois que la situation que nous décrivons pas nouvelle, ainsi que l'atteste le rapport final consacré au projet fribourgeois de méthadone injectable « PROMI »[64]. En effet, il apparaît, dans ce rapport, que des médecins ainsi que des travailleurs sociaux ont relevé la nécessité de renforcer l'offre du secteur de réduction des risques au niveau des soins de base. La dotation à l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) d'un poste de médecin somaticien (30 %) montre que leurs propos ont été entendus :

« Pour les situations où nous nous sommes aperçus que la situation se péjorait, une démarche plus active de la part de l'équipe s'est manifestée pour limiter des décompensations physiques et psychiques. Il est utile de rappeler, à cet égard, que l'Unité Spécialisée en Toxicomanie ne dispose pas de médecin somaticien, ce qui, de notre avis, est un manque. Nous espérons pouvoir y remédier dans un proche avenir. »[65]

Un autre aspect, relatif à la situation présente, est abordé par les rédacteurs de la Fondation du Tremplin, En effet, ils mettent en exergue leurs craintes, liés au départ de l'Unité spéciale en toxicomanie (UST) vers de nouveaux locaux, quant aux conséquences, pour les usagers, d'une rupture au sein du secteur de réduction des risque entre les prestations de type bio-psychologique et celles de type socio-éducatif :

« L'UST, selon son souhait, va quitter les bâtiments du Tremplin et Le Tremplin va, lui aussi, déménager dans des locaux plus

[64] Nous y reviendrons à plusieurs reprises dans le cadre de ce chapitre consacré à la réduction des risques dans la mesure où il est apparu que PROMI a permis l'émergence de « bonnes pratiques », en particulier au niveau de la problématique qui nous concerne ici, à savoir : accès facilité à des soins, émergence d'une bonne compliance des patients, travail de médiation de soignants avec l'hôpital, etc.

[65] UST & Tremplin (1998). PROMI : Projet fribourgeois de méthadone injectable. Rapport final.

> *appropriés. Pour Le Tremplin, cet éloignement n'est pas ressenti comme positif. En effet, nous pensons qu'il est regrettable de ne pas poursuivre l'expérience d'une collaboration étroite entre le médical et le social sous un même toit. De plus, nous ne sommes pas certains que les toxicodépendants de notre canton seront gagnants. L'avenir confirmera. »*[66]

Il apparaît que le constat de l'inadéquation de l'offre au sein du secteur de réduction des risques en matière de soins de santé de base par rapport à la demande, de même que ses conséquences pour certaines catégories d'usagers et la nécessité d'un renforcement de celle-ci est partagé par l'ensemble de nos interlocuteurs, qu'ils relèvent du médical ou du social. Si la mise en place de nouvelles structures ou d'un renforcement des structures actuelles est envisagée, certains acteurs, au sein du dispositif dépendance, souhaiteraient toutefois que cette question soit abordée dans le cadre d'une problématique plus large, à savoir celle du renforcement de chacune des structures du dispositif dépendance actuelles — ne se réduisant pas au secteur de réduction des risques — dans une perspective d'approche commune de type bio-psycho-socio-éducatif :

> *« Dans la situation actuelle, nous avons, d'une part, des structures médico-sociales qui s'occupent du haut seuil et, d'un autre côté, vous avez des structures sociales qui s'occupent du bas seuil. Une telle situation relève du schisme. Nous devons pouvoir disposer de structures médico-psycho-sociales qui interviennent du bas jusqu'au plus haut seuil. C'est à cette condition seulement que nous pourrons parler de continuité de soins. »*

En élargissant la problématique, ces interlocuteurs mettent en perspective des enjeux relatifs à d'autres segment de l'offre au sein du secteurs de réduction des risques — nous y reviendrons ci-dessous — à savoir la polarisation, au sein de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin, dans la structure de l'encadrement entre professionnels du sociale et de l'éducation et non professionnels — civilistes, stagiaires — qui se traduit par un déséquilibre au détriment des premiers. Ainsi, l'encadrement de son Centre de jour dit « Au Seuil » apparaît comme étant composé presque uniquement de stagiaires et de civilistes.

b) Secteur de réduction des risques : l'accès aux traitements de substitution

Nous observons, au sein des prestataires de l'offre du secteur de réduction des risques, un certains consensus dans le constat d'une élévation du seuil d'accès du Centre de traitement des addictions au cours des trois dernières années et de ses conséquences. Celle-ci aurait en effet entraîné le transfert — selon des durées variables — auprès des médecins privés ainsi que des pharmaciens d'un certain nombre de patients du Centre de traitement des addiction dont une partie d'entre eux aurait figurait parmi les patients les moins stabilisés et les plus marginalisés de sa file active. Ce constat semble également

[66] Ibidem.

partagé par une partie des usagers, ainsi que nous avons pu l'observer dans le cadre de nos entretiens :

> *« Il faut être honnête, les gens qui sont exclus de l'UTA, ils ont fait des grosses conneries. On ne vous exclut pas parce que vous êtes dépendants, mais parce que vous avez fait une connerie. Quand ils ne veulent plus cet individu parce qu'ils le considèrent comme trop dangereux, ils le refilent à un médecin. Ils ne le laissent pas comme ça tout seul, ce sont des professionnels quand même. »*

> *« Le gars que je connais et qui a été exclu de l'UTA, il n'a plus accès à la méthadone parce que plus aucun médecin ne le veut, parce qu'il a fait trop de conneries. Alors lui, il se fournit tous les jours sa dose au marché noir, il l'achète au noir. »*

Cette situation, ainsi que le soulignent les principaux acteurs du Centre de traitement des addictions, est la conséquence d'un ajustement opéré par ses responsables face à une détérioration du climat de travail liée aux difficultés auxquelles ses collaborateurs ont été confrontés dans la prise en charge de certains groupes de patients présentant de graves troubles du comportement :

> *« Nous avions des patients extrêmement compliqués et difficiles. Ce sont des personnes qui présentaient des troubles du comportement sévères et qui ont menacé de venir faire la peau de l'équipe avec des bazookas et des kalachnikov, parce qu'ils n'avaient pas ce qu'ils voulaient ou qu'on ne les abordait pas comme ils souhaitaient qu'on les prenne, etc. Cette situation est, de mon point de vue, assez symptomatique d'un manque de moyens parce que ces gens nous disaient, avec leurs mots à eux, qu'on ne s'occupait pas assez d'eux et qu'ils avaient peut-être plus de besoins. Pour faire face à cette situation et aux difficultés que nous avons rencontrées au sein de l'équipe, nous avons suspendu les traitements des patients les plus problématiques. Certains de nos partenaires ont mal vécu cette situation parce qu'ils ont été confrontés, à leur tour, à une population qui venait les menacer comme elle l'avait fait précédemment avec nous. Il n'y a pas de mystères, cette catégorie de patients appartient le plus souvent à la catégorie du bas seuil, marginalisée quand même pas mal et que l'on retrouve à la rue et devant le Tremplin à consommer encore. »*

Ueli Honegger et André Seidenberg, qui abordent cette question au niveau de la prise en charge des traitements de substitution, soulignent que des facteurs tels que la dotation des équipes en termes d'effectif, mais également en termes d'expérience et de connaissance et de savoir-faire vont être déterminants : « *La prise en charge des usagers de drogues dans un centre de substitution est très éprouvante pour les soignants. Une équipe trop peu nombreuse peut compromettre la sécurité et mettre les patients en péril.* »[67]

Deux trains de mesures ont été mobilisés par les responsables du Centre de traitement des addictions, l'une consistant en une application plus stricte du règlement et des sanctions, l'autre en une réduction de la fréquence de distribution de la méthadone. Le bilan de ces mesures apparaît, ainsi que le souligne l'un de nos interlocuteurs, comme étant positif dans le cadre de la

[67] André Seidenberg et Ueli Honegger (2001). Méthadone, héroïne et autres opioïdes. La prescription des opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg. Médecine et Hygiène.

structure et, pour certaines catégories de patients, bénéfique en termes de traitement :

> *Nous avons fait le choix, il y a cinq ou six ans, de réduire nos prestations au niveau de la distribution de la méthadone. Avec ça, nous disposons d'un team super parce qu'au fond nous voyons bien les effets de cette réduction. Nous n'avons plus de problèmes de planning, plus de problèmes de personnel, d'organisation et d'exposition aux patients, etc., ce qui était si épuisant. En réduisant de cinq à trois fois la distribution de méthadone, le personnel voit qu'il est moins exposé aux patients, qu'il peut davantage travailler avec les autres cas et qu'ils peuvent mobiliser des approches plus verbales et ne plus être simplement des distributeurs de méthadone. »*

Faut-il considérer la stratégie du Centre de traitement des addictions comme un non respect des objectifs qui lui ont été fixés dans la prise en charge des traitements de substitution au sein du canton ? Si tel était le cas, les patients du Centre de traitement des addictions devraient pouvoir bénéficier d'un accès à deux programmes distincts, soit un programme selon des protocoles classiques et un programme « à bas seuil » au sein de l'offre du secteur de réduction des risques.

Faut-il voir, dans la situation à laquelle le Centre de traitement des addictions a été confronté, les conséquences de l'absence d'un programme de traitement de maintenance « à bas seuil » au sein du dispositif fribourgeois ? Si tel était le cas, il apparaît que cette structure peut avoir été confronté à la nécessité d'assurer l'accès aux traitements de substitution à certaines catégorie de patients sans avoir bénéficié pour autant des moyens suffisants et sans avoir été en mesure d'adapter son programme, en particulier au niveau des conditions d'accès[68] et du mode de prise en charge. De même, si tel était le cas, les ajustements intervenus au cours des années 2006 à 2008 relèverait d'une application plus stricte d'un règlement — voire de son instrumentalisation — mais en aucun cas d'une élévation de son seuil d'accès.

La situation actuelle met en évidence certains enjeux liés, d'une part, à la question de l'adéquation de l'offre du secteur de réduction des risques au niveau des traitements de substitution « à bas seuil » et, d'autre part, à la capacité d'accès de certains groupes de populations confrontés à des situations de comorbidités, en particulier de type psychiatrique, à des programmes de substitution ne relevant pas du secteur de réduction des risques. Nos observations tendent à mettre en évidence l'absence d'une offre de traitements de substitution « à bas seuil » au sein du secteur de réduction des risques. C'est dans cette perspective que nous aborderons cette problématique. Nos observations semblent également indiquer, d'une part, une capacité d'accès réduite pour certains groupes

[68] « Pour obtenir un recrutement plus large parmi les usagers de drogues, il faut baisser le seuil d'exigence des traitements. » In André Seidenberg et Ueli Honegger (2001). Méthadone, héroïne et autres opioïdes. La prescription des opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg. Médecine et Hygiène.

de populations aux traitements de substitution, en particulier pour des personnes confrontées à des situations de comorbidités psychiatriques et, d'autre part, un niveau de rétention de ces catégories de patients au sein du traitement également très réduit.

Ce faisant, se pose la problématique du risque d'exclusion pour certaines catégories de patients de tout programmes de substitution qui ne relèverait pas de l'offre du secteur de réduction des risques. En effet, il apparaît que la mobilisation des médecins de premier recours dans la prise en charge des traitements de maintenance ne serait pas indiqué, selon certains experts, dès lors que des patients présentent des situations de comorbidité psychiatrique et/ ou sociale et/ ou qu'ils s'inscrivent dans une polytoxicomanes. C'est dans cette perspective qu'il s'agit d'aborder la question de l'accès de ces patients à un traitement de substitution au sein d'un dispositif spécialisé, ainsi que le recommandent ces même experts, soit pour le canton de Fribourg, le Centre de traitement des addictions ou une structure équivalente.

En effet, la réduction des risques est une stratégie mobilisée au profit de groupes de populations en situation de grande précarité, désinsérés, voire exclus des filières traditionnelles de prise en charge au niveau de la santé, au niveau socioprofessionnelle, etc. L'objectif est à la fois à court et moyen terme. A court terme, il s'agit de mobiliser des prestations essentiellement de type socio-sanitaire, accessibles à des populations pour lesquels l'offre traditionnelle ne l'est pas ou ne l'est plus. Les priorités consistent à limiter les conséquences de la dépendance, de la consommation de produits et comportement d'usage de consommation au niveau social et au niveau sanitaire, priorités qui vont être abordées en termes de risques sociaux, de risques sanitaires et de comportements à risques et médiatisés au niveau des intervention en termes de promotion de la santé, d'insertion sociale et de prévention des infections — HIV, hépatites, etc. A moyen terme, l'objectif est l'insertion des bénéficiaires au sein des filières traditionnelles de soins, ainsi qu'au sein des dispositifs mis en place par les cantons et communes au niveau social, professionnel, au niveau du logement, etc. Ce faisant, le secteur de réduction des risques ne relève pas d'une approche de type palliatif, mais bien d'un accompagnement social, sanitaire dans une trajectoire d'insertion.

L'un des principaux enjeux posé par une sédentarisation au sein d'un programme de traitement de substitution « à bas seuil » est lié aux limites de l'approche de réduction des risques en regard de ses fondamentaux et de ses objectifs. Ainsi que le souligne Alain Morel et Jean-Pierre Couteron :

> *« La véritable limite de la réduction des risques est qu'elle ne peut concerner que l'usager et qu'elle ne touche pas à la question de ce qui l'amène à consommer et à prendre des risques, ni à sa façon de*

> *gérer sa recherche de plaisir. C'est un complément qu'apporte précisément l'éducation expérentielle. »*[69]

En d'autres termes, une sédentarisation au sein d'un programme de traitement de substitution « à bas seuil » ne permet pas un accès à une prise en charge en termes de traitement, que ce soit par rapport à la dépendance, à une comorbidité, etc.

c) Secteur de réduction des risques : les faiblesse de l'offre socio-éducative

Dans son compartiment socio-éducatif, l'offre du secteur fribourgeois de réduction des risques présente également certaines lacunes. En effet, les structures ambulatoires de La Fondation du Tremplin ne sont pas toujours en mesure de déployer tous les effets attendus dans une perspective de réduction des risques dont les objectifs relèvent, d'une part, de la satisfaction de besoins immédiats favorisé par un accès à bas seuil d'exigence à différents types de prestations et, d'autre part, de l'insertion, dans une perspective moins immédiate de ses usagers, au sein des filières traditionnelles — sociale, professionnelle, occupationnelle, sanitaire, administrative, etc. — par un travail d'accompagnement :

> *« Les toxicomanes marginalisés n'ont souvent qu'un accès limité aux services, même les plus fondamentaux, et nombre d'entre eux hésitent à entrer en contact avec des organismes de santé ou de services sociaux par crainte d'identification ou de stigmatisation. C'est pourquoi les services d'approche amènent les services de santé et de réduction des risques, comme des seringues propres, des tampons d'alcool stériles et de l'eau en bouteille aux toxicomanes. »*[70]

Face à ces objectifs, les enjeux liés à la structure d'encadrement de l'offre vont jouer un rôle déterminant, que ce soit en termes quantitatifs — taille de l'effectif — ou en termes qualitatifs — approche pluridisciplinaire ; savoir-faire ; expérience acquise ; capacité de travail en réseau ; transdisciplinarité. En effet, dans la perspective de l'insertion et de la rétention, au sein des dispositifs de prise en charge traditionnels, d'une population dont le profil se caractérise par une conjonction de facteurs constituant autant de handicaps — absence de demandes ; absence de projet ; comorbidités psychiatriques ; problèmes de comportements ; consommation active ; etc. —, la matrice de qualifications susceptible d'être mobilisée dans le cadre de son accompagnement constitue un élément déterminant.

---

69 Alain Morel et Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod.

70 Douglas J. Beirness et alii. (2008). *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long*. Ottawa. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

	Risques sanitaires	Risques sociaux	Comportements à risque
Risques	Somatiques	Exclusion / marginalité	Injections : échanges de seringues,
	Infectieux (VIH, hépatites B, C	Déficit de formation	lacunes au niveau hygiène, stérilité
		Endettement	Pratiques sexuelles à risques
	Psychiatriques	Héritage pénal	Prostitution
		Logement : précarité, absence	
Interventions	Soins de santé de base	Intégration sociale	Travail de proximité
	Traitements de substitution « à bas seuil »	Centre d'accueil de jour	Prévention VIH et hépatites
	Programmes d'héroïne	Sleep-in	Accès à matériel d'injection stérile
		Logements transitoires	Promotion de pratiques d'hygiène
		Occupation « à bas seuil »	Accès aux préservatifs
		Projets de formation	Local de consommation
		Loisirs	Risques liés à la prostitution

Tableau 4.3.1. : Stratégie de réduction des risques, selon risques sanitaires, risques sociaux et comportements à risque et cadre d'intervention.

Nos observations mettent en évidence un déséquilibre, au sein de l'encadrement des structures ambulatoires de la Fondation du Tremplin, entre professionnels d'une part, stagiaires — en début, en cours ou en fin de formation selon les cas —et « civilistes » d'autre part, au détriment des premiers. Si ses conséquences sont relativement réduites au niveau de certains compartiments de l'offre, en particulier ceux dont les prestations relèvent de la satisfaction de certains besoins de base — repas, boissons, lieu d'accueil, machine à laver, massages, matériel d'injection, préservatifs, etc. —, ce déséquilibre va en revanche réduire la capacité de ces structures à réaliser les objectifs fixés : construction du lien social ; insertion sociale ; prévention et aide à la survie. Dans le cadre de nos entretiens auprès des usagers du dispositif dépendance, l'un de nos interlocuteurs relevait que :

> *« Le Seuil a changé. Depuis le départ de François Vallat, ça a changé parce que lui, il s'investissait énormément. Il y a beaucoup de civilistes et de stagiaires et leur rôle, c'est vraiment d'observer et puis s'il y a du trafic, de mettre les gens dehors. Il n'y a plus ce travail de médiateur, aller vers les gens pour discuter, pour les aider, pour vérifier etc. Je me rappelle, à l'époque tu t'asseyais cinq minutes et il y avait quelqu'un qui venait discuter. Maintenant, c'est plus trop le cas. Et puis les gens, ils savent que François Vallat est performant, qu'ils peuvent aller chez lui et qu'il a des solutions. Alors que les autres, ils sont là juste pour trois mois, qu'est-ce que je vais aller me confier à ce gaillard ? Un civiliste, qu'est-ce qu'il en a à faire des toxicomanes, tandis que François Vallat lui, il va rester, c'est un employé d'ici. Moi, chaque fois que je lui ai demandé quelque chose, il le faisait dans l'heure qui suivait. Ecoute, est-ce que tu peux m'aider à trouver un endroit où dormir ? Est-ce que tu*

> *peux m'aider à aller à Marsens ? Là, il téléphonait direct, il s'investissait, c'est un pro, quoi. Les autres, je ne sais pas, il faut que je demande, ils ne savent pas, ils ne sont pas au courant, ils n'ont pas de pouvoir. »*

Ce diagnostic dessine les principaux enjeux relatifs au renforcement du dispositif fribourgeois de réduction des risques. Toutefois, avant d'aller plus avant, il s'agit de présenter très succinctement certains aspects clés de cette approche, dont les mesures « *visant à protéger la santé des personnes qui consomment des substances psychoactives ou à protéger la société des conséquences sociales de la consommation* »[71] qui ont été formalisées dans le cadre du « quatrième pilier » puis réactualisées au du référentiel du « Cube ». Les actions menées dans le cadre de la réduction des risques peuvent se distinguer selon « *les moyens utilisés (échanges de seringues, prescriptions de drogues), les drogues concernées (drogues injectables, cannabis, alcool, tabac) ou encore selon les stratégies sous-jacentes (éducation, travail de rue, action politique).* »[72]

4.3.1. Offre de réduction des risques : ajustement de l'offre dans le canton de Fribourg, des pistes de réflexions

Face à une population marginalisée, dont une partie est confrontée à une situation de double diagnostic, la nécessité d'un accès à bas seuil d'exigences est la condition de son inscription et de sa rétention. Ce faisant, cette contrainte va se traduire au niveau des conditions d'accès par une remise en question du sevrage physique, de même que de l'abstinence et de la nécessité d'un projet d'un projet préexistant.

> *« Le moment de la demande de soins a longtemps été celui de l'usure du plaisir addictif associé à une dégradation des conditions de vie de l'usager, et notamment de sa santé. C'est trop souvent à bout de force que l'on venait demander de l'aide avec les conséquences sanitaires aujourd'hui connues. »*[73]

Il s'agit donc d'accepter l'usager tel qu'il est, là où il se trouve et avec les projets qui sont les siens. L'un de nos interlocuteurs soulignait que :

> *« C'est une dialectique que j'aime beaucoup. C'est la dialectique de l'acceptation inconditionnelle versus le désir que ça change. »*

Ces propos nous permettent de mettre en exergue la démarche des équipes pluridisciplinaires qui interviennent au sein de ces structures. Un premier axe est destiné à mobiliser l'offre en regard des besoins les plus immédiats des usagers — santé et insertion sociale — et dont l'objectif est la limitation des risques et l'aide à la survie. Un second axe, qui s'inscrit dans la durée, relève de l'accompagnement social, l'objectif étant de favoriser

---

71 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) (2006). *D'une politique des drogues illégales à une politiques des substances psychoactives*. Berne. Huber.

72 Ibidem.

73 Ibidem 256.

l'émergence de l'alliance thérapeutique afin de pouvoir inscrire, à termes, ces usagers au sein de la filière de soins ainsi que dans les réseaux d'insertion socioprofessionnels.

La mise en œuvre d'une politique de réduction des risques renvoie à une série d'enjeux dont certains, nous l'avons vu, sont liés au contexte au sein duquel certaines structures ont été mises en place et ont été amenées à évoluer dans le cadre d'ajustement, qui constituaient alors autant de choix stratégiques visant à réguler des situations internes et externes et qui étaient susceptibles de réduire leur capacité de prise en charge des besoins des usagers. Dans ce cadre, il est apparu que certains facteurs ont été déterminants, en particulier celui relatif à la gestion d'un profond malaise auquel les collaborateurs du Centre de traitement des addictions ont été confrontés.

Le recours à la notion d'héritage doit permettre de prendre en compte le poids des décisions antérieures, celui des structures en place — en particulier en termes de prestations, de population cible, d'encadrement (taille des effectifs, répartition des fonctions, compétences, savoir-faire, expérience, etc.) de leur capacité d'ajustement —, de même que le poids de l'organisation de la prise en charge des usagers — degré d'intégration des différentes structures et organisation des interfaces dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un dispositif de prise en charge des dépendances.

Local de consommation et programmes de distribution d'héroïne : des questions peu abordées dans un contexte plutôt favorable

Nous observons que la question relative à des dispositifs de type local de consommation et programme de prescription d'héroïne n'ont été abordées par nos interlocuteurs qu'à deux reprises, par des acteurs de la Fondation du Tremplin ainsi que du Centre de traitement des addictions. Sachant que PROMI ou « Projet fribourgeois de méthadone injectable » a été confié par le canton à la Fondation du Tremplin ainsi qu'à l'Unité spécialisée en toxicomanie, il n'y a donc rien de surprenant à l'intérêt manifesté par ces deux structures.

Paradoxalement, il apparaît que ces mesures ont fait l'objet de débats au sein des autorités politiques du canton dès les années 1990, de même qu'au sein des intervenants en matière de dépendances. Par ailleurs, Fribourg a été l'un des seuls cantons romands à avoir participé aux essais scientifiques menées par la Confédération dans le cadre de l'ordonnance PROVE, qu'il n'a jamais exclu l'éventualité de recourir à de telles mesures. Enfin, nos interlocuteurs présentent une analyse, selon laquelle un projet d'élargissement de l'offre qui inclurait un local de consommation et un programme de prescription d'héroïne ne devrait pas se heurter à une opposition qui soit susceptible de faire échouer le projet.

Face à une situation où local de consommation et programmes de prescriptions d'héroïne ne semblent pas constituer des enjeux importants, en termes d'adéquation de l'offre et de la demande, pour les principaux acteurs du dispositif actuel de prise en charge des dépendances, il nous a paru toutefois judicieux d'exploiter un documents tel le « *Rapport final PROMI* » dans la mesure où il nous permettait de mettre en évidence certains aspects du cadre général au sein duquel la question de la prescription d'héroïne a été abordée dans le canton depuis 1994.

Local de consommation

La Fondation du Tremplin a interpelé en 2002 les autorités cantonales sur la question du local de consommation sous la forme d'un « *Argumentaire pour une structure permettant l'injection sécurisée* ». Il s'agissait alors, pour ses responsables, de « *commencer une réflexion approfondie et de recenser, dans un premier temps, les éléments propices à l'opportunité de la mise sur pied d'un lieu d'injection sécurisée.* »[74] Les objectifs de la Fondation du Tremplin étaient alors d'obtenir un mandat du canton pour mener ce travail. La Fondation du Tremplin semble avoir tenté de relancer la question auprès de Madame Ruth Lüthi durant l'année 2006.[75]

Programme de distribution contrôlée d'héroïne

Le canton de Fribourg a abordé la problématique de la distribution contrôlée d'héroïne dès les années 1990, dans le cadre de sa participation aux programmes fédéraux de distribution contrôlée de stupéfiants PROVE[76] sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique. Fribourg a toutefois renoncé au programme de distribution contrôlée d'héroïne qui lui était proposé dans ce cadre, mais en revanche, a accepté un programme de méthadone injectable : PROMI ou « *Projet fribourgeois de méthadone injectable* ». Certains intervenants au sein de la prise en charge des dépendances auraient toutefois souhaité, à cette occasion, pouvoir évaluer d'autres produits que la seule méthadone. Le Conseil d'Etat, face à des certaines réticences a finalement maintenu la présence fribourgeoise dans

[74] Fondation du Tremplin (2002). Argumentaire pour une structure permettant l'injection sécurisée.

[75] Demandes d'information dans le cadre d'un courrier à Madame Ruth Lüthi le 28 février 2006. In Guido Biscontin (2008). *Résumé chronologique des travaux et prises de position en matière de dépendances dans le canton depuis 2000*. Document de travail non diffusé.

[76] PROVE renvoie à une ordonnance adoptée par le Conseil fédéral au cours de l'année 1992 « sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomane (ordonnance dite PROVE) ». PROVE réglementaient les travaux de recherche scientifique sur les mesures de prévention. En 1994, les essais scientifiques ont débuté dans le cadre de l'ordonnance PROVE avec 18 projets de prescriptions médicales d'héroïne, de morphine et de méthadone. Au terme de l'ordonnance PROVE, les traitements avec prescription d'héroïne ont été inscrits dans la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants.

le cadre des essais menés par la Confédération, « *mais limitée à la méthadone injectable.* »[77]

Dans le cadre du rapport final « PROMI » (1998), rédigé conjointement par l'Unité spécialisée en toxicomanie et par la Fondation du Tremplin, les programmes à l'héroïne sont abordés à plusieurs reprises et selon des perspectives différentes :

- le projet de mener une enquête auprès des méthadoniens qui s'injectent leurs préparations orales, afin d'évaluer leur intérêt pour l'héroïne qui pourrait alors constituer une alternative à leurs comportements ;
- l'observation empirique du faible d'intérêts des méthadoniens au bénéfice d'un traitement oral de méthadone par rapport à la mise sur pied d'un programme d'héroïne ; il semble toutefois qu'un certains nombre d'entre eux ne se sont pas prononcés ;
- la difficulté d'évaluer les réticences face à une perspective de mise en place d'un programme d'héroïne au niveau politique tout au moins ; la situation paraissait en revanche plus claire au sein de la population « *on perçoit, à ce propos, de moins en moins d'opposition pour un éventuel programme à l'héroïne* » ;
- l'intérêt « clairement exprimé pour la mise sur pied d'un tel projet » de la part de Madame Ruth Lüthi, à l'époque conseillère d'Etat en charge du département des affaires sociales et de la santé publique ;
- la mise en perspective du poids financier d'un programme d'héroïne susceptible de constituer un handicap sérieux.

Lors de nos entretiens la question financière a également été abordée par l'un de nos interlocuteurs pour qui cet aspect semble également constituer le facteur le plus handicapant :

> *« Il faut une masse critique sans quoi vous prenez le risque de vous retrouvez avec cinq infirmières, des plages horaires, des locaux pour cinq péquenots. On comprend pourquoi ces programmes sont surtout dans les grands cantons très riches, dans les grandes villes la plupart du temps. Vous me direz qu'il y a Bienne est comparable à Fribourg, et qui ont un programme et Soleure aussi. »*

Offre de soins de santé de base : enjeux et pistes de réflexion

Une stratégie est généralement évoquées dans les entretiens, dans le cadre d'un ajustement de l'offre du secteur de réduction des risques au niveau des soins de santé de base : mise en place d'une offre ambulatoire constituée d'une équipe mobile et pluridisciplinaire. Rappelons, à ce propos, que cette question avait été évoquée en 2000 déjà, ainsi que le mettent en évidence les rédacteurs du rapport du Groupe de travail pour un concept cantonal de traitement des dépendances, mis en place par Mme Ruth Lüthi :

> *« Le groupe constate que la toxicomanie est un phénomène qui a évolué rapidement au cours des vingt dernières années, que la réponse thérapeutique est de plus en plus diversifiée et qu'il faut,*

[77] UST & Tremplin (1998). PROMI : Projet fribourgeois de méthadone injectable. Rapport final.

par conséquent, apporter plus de cohérence au système de soins. Il conviendrait de créer, dans une première étape, un service spécialisé doté d'une équipe mobile œuvrant dans le secteur. »[78]

La mise en place d'une offre ambulatoire constituée d'une équipe mobile de type pluridisciplinaire pourrait constituer un dispositif de type « passerelle » destiné à des personnes ayant en commun un profil caractérisé par une forte précarité, une situation de désinsertion, voire d'exclusion par rapport aux filières traditionnelles de l'offre de prise en charge au niveau de la santé, au niveau socio-professionnel, au niveau administratif et financier, etc. Il apparaît que, dans l'évaluation des besoins de cette population, certains de nos interlocuteurs vont définir trois groupes distincts :

- une population ne recourant pas au structures de l'offre du secteur de réduction des risques ou très rarement et dont la situation au niveau du logement se caractère par une absence de logement stable, avec ou non des séjours à La Tuile ;
- une population ne recourant pas au structures de l'offre du secteur de réduction des risques ou très rarement et disposant d'un logement stable (titulaire ou non du bail) ;
- une population recourant régulièrement à l'offre du secteur de réduction des risques (à des degrés divers), disposant ou non d'un logement stable (la situation du logement ne constituant pas un critère pertinent pour cette population).

Ces trois groupes distincts au sein d'une même population cible montrent que le travail d'approche et de rencontre est au cœur de la stratégie de la réduction des risques. En effet, il s'agit d'« *aller au-devant de l'usager* », d'entrer en contact avec lui sur son lieu de vie et lui proposer un certain nombre de prestations. Ce faisant, il apparaît que les travailleurs sociaux « hors murs » de l'association REPER, par leur expérience, leur savoir-faire et leurs connaissances de cette population et de son mode de vie, peuvent représenter un atout dans le cadre de la réflexion et de l'élaboration d'un dispositif ambulatoire tel que celui proposé par nos interlocuteurs. De même, les responsables de structures telle que La Tuile pourraient également être sollicités pour leurs connaissances de cette population.

Nous observons que la mise en place d'une équipe mobile dans le cadre de l'offre du secteur de réduction des risques en matière de prestations de soins de santé, telle que proposée par certains de nos interlocuteurs pose, à tout le moins certaines questions relatives à :

- son adéquation par rapport aux besoins et aux demandes des usagers ;
- son articulation avec les structures existantes au sein du secteur de réduction des risques — Centre de traitement des addictions et offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin ;

[78] Guido Biscontin (2008). Résumé chronologique des travaux et prises de position en matière de dépendances dans le canton depuis 2000. Document de travail non diffusé.

- son articulation avec les filières traditionnelles de soins, en particulier avec l'hôpital cantonal.

Nous avons observé, à ce propos, que certains usagers ont évoqué spontanément, lors de nos entretiens, le « Projet fribourgeois méthadone injectable » — 1996 à 1998. Ils ont ainsi relevé que durant cette expérience ils avaient accès à des soins infirmiers de base au sein des bâtiments de la Fondation du Tremplin. De même ils ont souligné le rôle de médiateur que ce personnel soignant a joué par rapport à l'hôpital cantonal, ce qui a eu pour conséquences une amélioration de leurs relations avec le personnel soignant :

> *« Là, quand on avait une infection, ils nous soignaient. Si c'était un abcès et qu'ils pouvaient le percer, ils le faisaient, sinon, ils nous disaient d'aller à l'hôpital. Alors ils téléphonaient et on était mieux accepté à l'hôpital parce qu'ils étaient avertis. Ils faisaient une partie des soins et ils faisaient les intermédiaires. »*

Un dernier aspect peut être mis en évidence au travers des propos de nos interlocuteurs : l'importance d'une offre de soins infirmiers de base de ce type dans le cadre de la prévention secondaire, en particulier au niveau somatique grâce à une bonne compliance des patients :

> *« Quand il y avait une infirmière au Seuil, c'était des gens qui savaient déjà d'entrée qu'on est des toxicomanes et puis ce sont des gens qui sont d'accord de travailler avec nous, ce sont des gens qui sont ouverts. Ils connaissent ma situation et vu qu'ils sont d'accord de me soigner, je me confie à lui. »*

Nous avons pu observer, dans le cadre de l'analyse de nos entretiens, ainsi qu'au sein de la littérature, que trois types de situations peuvent être mis en évidence par rapport à un certain nombre de « non demandes » de soins :

- **non demandes associées à un incapacité de perception ou d'évaluation de ses besoins** (peut être ponctuelle) : pathologie psychiatrique ; consommation massive (perte de contrôle, aliénation) ; relation au corps (autodestruction, auto-négligence, faible estime de soi) ;
- **non demandes comme stratégie face à des relations soignant – soigné perçues comme difficiles, voire « toxiques » :** remarques hostiles de la part des soignants ; comportements de rejet ; absence d'empathie ; attitude négative des soignants ;
- non demandes comme stratégie de gestion des contraintes : schèmes de comportement inadaptés.

La réduction des risques comme stratégie de santé publique a été élaborée très justement pour permettre, grâce à une approche dite « de proximité », ainsi que dans la mise en œuvre de dispositif d'accès dit « à bas seuil d'exigences » et selon une approche reconnaissant l'usager de drogue dans ses choix et décisions et sans jugement moral sur sa consommation, de permettre à ces populations l'accès à une pluralité de prestations dont en priorité les soins de santé.

L'articulation d'un dispositif ambulatoire de soins de santé de base dans le cadre de l'offre du secteur de réduction des risques, avec les structures actuelles tend à constituer une problématique pour le moins complexe. En effet, l'évolution observée au niveau du Centre de traitement des addictions ainsi que les propos de certains de ses acteurs clés posent la question de son rôle de prestataire au sein de l'offre de réduction des risques dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif dépendance. Rappelons que l'hypothèse de confier la prise en charge des traitements de substitution « à bas seuil » à une équipe mobile pilotée par des sociaux avaient été très justement évoquée par ces acteurs.

Ce faisant, la question de l'articulation entre une équipe mobile de soins de base et l'offre ambulatoire du Tremplin prend une importance particulière, dans la mesure où ces structures pourraient être amené à s'inscrire au cœur même de ses interventions dans la mesure où celles-ci pourrait devenir le principal lieu d'articulation de l'offre et de la demande de soins de santé de base, polarisant l'essentiel du travail d'approche et de rencontre de cette équipe mobile au sein du Centre de jour « Au Seuil », ainsi que des « Ateliers de Fribourg ».

Quant à l'articulation avec l'hôpital, celle-ci relève essentiellement, dans le cadre de l'offre actuelle du canton de Fribourg, d'un travail de médiation. En effet, dans certains cantons romands, comme Genève par exemple, de telles équipes mobiles de soins sont articulées à un secteur de médecine communautaire. Ainsi, à Genève, l'Unité mobile de soins communautaire (UMSCO) destinée à faciliter l'accès aux soins des plus démunis, a notamment, pour bénéfice, de :

- « favoriser l'accès aux soins en offrant une prise en charge spécifique par du personnel formé et motivé pour les prestations médico-sociales aux plus démunis sur leur lieu de vie ;
- établir les besoins et faire une recherche épidémiologique sur ces besoins chez les personnes concernées ;
- favoriser l'intégration des personnes démunies dans des réseaux de soins spécifiques tels que le réseau social, les hôpitaux universitaires de Genève, avec en particulier les Policliniques de Médecine, la Division d'abus de substances, les médecins installés et la Médecine dentaire ;
- améliorer la communication entre les différents partenaires médico-sociaux et coordonner les actions entreprises. »[79]

L'absence d'un secteur de médecine communautaire pose, dans le cas fribourgeois, la question de certaines limites auxquelles l'équipe mobile pourrait être confrontée. En effet, il apparaît, d'une part, que, faute de pouvoir disposer d'une structure hospitalière mieux adaptée à cette catégorie de patients, les risques de ruptures de soins restent un enjeu important et, d'autre part, qu'elle ne disposerait pas, à l'heure actuelle tout au

[79] Hans Wolf (2004). *Unité de soins communautaires (UMSCO), un modèle d'accès aux soins pour les plus démunis à Genève*. Mémoire pour l'obtention du titre « Master of public Health ». Institut de médecine sociale et préventive. Genève.

moins, de médecins pour exercer une supervision, ainsi que le rappelait l'un de nos interlocuteurs :

> *« Mais oui, je pense qu'il faudrait une équipe mobile d'infirmières, mais ces infirmières, il faut qu'elles soient supervisées par des médecins. Or, à Fribourg, il n'y a pas de médecin somaticien impliqué sur le terrain. »*

La création d'un poste de médecin somaticien pourrait ainsi devenir un enjeu dans le cadre de la mise en place d'une équipe mobile de soins de santé de base. Enjeu qui pourrait aller au-delà de cet aspect de l'offre du secteur de réduction des risques en offrant des perspectives au niveau de la mise en place d'une éventuelle structure de type « local de consommation », ainsi que certains de nos interlocuteurs l'ont mis en évidence :

> *« Oui, ce médecin pourrait être en charge des programmes d'échanges de seringues et puis éventuellement un local de consommation et éventuellement du développement du Programme héroïne. »*

> *« Alors le local de consommation, c'est à mon avis déjà la gestion d'une certaine précarité et qui devrait se faire indépendamment du Centre de traitement des addictions et du Réseau fribourgeois de santé mentale. Je pense que c'est une gestion qui doit se faire au niveau personnes qui vont s'occuper de ce dispositif somatique. »*

Le canton de Fribourg dispose actuellement d'un dispositif, dans le cadre de Grisélidis Fribourg et de Fri-Santé, que l'ont peut considérer, dans ce cadre, comme une bonne pratique et qui serait susceptible d'enrichir la réflexion sur ces différents aspects et les responsables des personnes ressources. Rappelons enfin que les responsables du Tremplin ont proposé en 2003, un projet de « Suivi à domicile pour personnes toxicodépendantes » élaboré en collaboration avec l'Office Familial. L'un de ses objectifs consistait, très justement, à mettre en place une équipe mobile à destination de populations précarisées et confrontées à une désinsertion sanitaire, non demandeuse de soins.

Grisélidis Fribourg : un exemple de bonne pratique

Grisélidis Fribourg intervient, depuis mars 2007, auprès des professionnelles du sexe ainsi que des personnes toxicodépendantes fréquentant les structures de réduction des risques du Seuil de la Fondation du Tremplin ainsi que du Centre de traitement des addictions.

Ce dispositif, composé d'une infirmière qui est également conseillère en planning familial, ainsi que d'une coordinatrice infirmière, intervient au sein des structures de réduction des risques par le biais de permanences, à raison d'une matinée par mois. Dans ce cadre, nous retiendrons, parmi ses prestations, une offre de « *prise en charge individuelle en cas de besoin (prise en charge individualisée dans les locaux de Fri-Santé par la*

coordinatrice). »[80] Son intégration au sein de Fri-Santé[81] lui a permis de renforcer son offre, en particulier au niveau des soins de santé. Dans le cadre de la prise en charge de cette population, les professionnelles de Grisélidis bénéficient des connaissances et de l'expérience qu'elles ont acquises à l'Unité de traitement des addictions (UTA) où toutes deux ont travaillé précédemment.[82]

Traitements de substitution à « bas seuil » : enjeux et quelques pistes de réflexion

L'un de nos interlocuteurs du Centre de traitement des addictions posait très clairement les enjeux des traitements de substitution « à bas seuil » tels qu'ils pouvaient être perçus dans le cadre de cette structure :

> *« Quand vous avez un toxicomane qui vient chercher sa méthadone, il faut lui offrir en même temps les soins de base. Effectivement, il vous dira qu'il ira chez son médecin, ou qu'il ira à l'hôpital, mais nous savons qu'il n'y met jamais les pieds. Dans notre équipe, notre petite équipe, si nous la morcelons encore avec des responsables de soins somatiques, nous devrons engager des infirmiers, parce qu'actuellement, les nôtres sont plutôt orientés en psychothérapie, en thérapie verbale. »*

L'un des principaux enjeux, pour les responsables des structures de réduction des risques est, nous l'avons vu, de parvenir à maintenir des conditions d'accès à bas seuil d'exigence, d'une part, et de gérer certains comportements à tout le moins problématique, d'autre part. Ces enjeux vont être particulièrement déterminants au niveau de la prescription et de la délivrance des traitements de substitution dans la mesure où, ainsi que le soulignent André Seidenberg et Ueli Honegger, « *une interruption de traitement de substitution imposée aux patient peut avoir des conséquence fatales.* » Les règles, règlements et leur application, en particulier au niveau des modalités de sanctions, peuvent constituer autant de régulateurs d'accès. Ce faisant, toute élévation du seuil d'exigence devient alors susceptible de réduire ou d'interdire l'accès aux traitements.

Ainsi que le met en évidence l'exemple du « *13 Ouvert* », une structure mise en place par le Drop-in à Neuchâtel, dans le cadre de son offre au sein du secteur de réduction des risques, une modulation et une adaptation du système de sanctions est susceptible de permettre la rétention des patients dans le

---

80 Grisélidis Fribourg. Projet de réduction des risques liés à la santé affective, sexuelle et reproductive en relation avec la consommation de substances et l'exercice de la prostitution. http://www.griselidis.ch/projet2.htm.

81 Fri-Santé est un projet de Médecins Sans Frontières Suisse (MSF-CH) destiné à favoriser l'accès aux soins des personnes marginalisées et dont les activités ont débuté à Fribourg en juin 2003.

82 On trouvera notamment sur le Site de Grisélidis Fribourg une présentation de ses différentes prestations au niveau, d'une part, de son projet de prévention et de promotion de la santé auprès des professionnelles du sexe et au niveau, d'autre part, de son projet de réduction des risques liés à la santé affective, sexuelle et reproductive en relation avec la consommation de substance et l'exercice de la prostitution. http://www.griselidis.ch/index.php

traitement. Ainsi, par exemple, les responsables de cette structure recourent, entre autres stratégies, à des délivrances de traitement, à des usagers exclus, à l'entrée de la structure, tout en en interdisant l'accès. Cette stratégie permet, d'une part, de respecter les termes de la sanction et, d'autre part, de prévenir les risques de rupture de soins.

La situation actuelle apparaît comme très insatisfaisante aux yeux de nos interlocuteurs. Il apparaît, en effet, selon les recommandations émises par certains experts, que le traitement de maintenance chez un médecin privé dont bénéficient certains groupes de populations dépendantes ne serait pas indiqué[83] dans la mesure où, selon les critères retenus, une prise en charge quotidienne au sein d'une structure ambulatoire spécialisée et pluridisciplinaire conviendrait davantage à leurs besoins. Face à cette situation, nos interlocuteurs se réfèrent essentiellement à deux options. L'une consisterait à renforcer l'équipe actuelle du Centre de traitements des addictions, l'autre à élargir l'offre du secteur de réduction des risques par la mise en place d'une structure nouvelle destinée aux traitements de substitution « à bas seuil ».

La première option aurait pour objet de créer des conditions favorables à un élargissement de l'offre du Centre de traitement des addictions par la mise en place d'un programme de maintenance « à bas seuil ». Ce faisant, cette option pourrait engendrer une situation dans laquelle nous aurions, au sein d'une même structure, voire d'un même espace d'accueil et de consultation, la juxtaposition de deux programmes se distinguant, en particulier, au niveau des conditions d'accès, des prestations, des modalités de prise en charge et des objectifs. Alors que l'un d'entre eux serait articulé sur une prise en charge « *médico-psycho-sociale structurée, avec des objectifs thérapeutiques précis (…)* », l'autre relèverait « *d'une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier et prise en charge individuelle* ».[84] Le passage d'un programme à l'autre constitue l'un des objectifs de l'offre de traitement de substitution « à bas seuil ». En effet, ainsi que le souligne Sylvie Wieviorka, la stratégie de réduction des risques « *fonctionne comme une phase d'induction. Il s'agit de favoriser l'accès à des protocoles classiques de traitement par la méthadone.* »[85]

---

83 « En présence de co-morbidités psychiatriques symptomatiques, les résultats du groupe d'experts indiquent qu'il est presque toujours inapproprié d'instaurer le traitement en soins primaires sans accès à un centre spécialisé. De même, l'instauration du traitement de substitution est contre-indiqué en présence d'une polytoxicomanie non contrôlée (…) La mise en place du traitement de maintenance à la méthadone y est généralement appropriée dans tous les cas, sauf ceux ne présentant ni complications ni polytoxicomanie. C'est le seul cadre de toute évidence approprié pour l'instauration du traitement de maintenance dans les cas plus compliqués. » In John-Paul Vader, Robert Hämmig, Jacques Besson, Christopher Eastus, Christina Eggenberger, Bernard Burnand. Adéquation du traitement de maintenance à la méthadone dans les dépendances aux opiacés. Evaluation par un groupe d'experts. Lausanne. Berne. Université de Lausanne — IUMSP ; Division d'abus de substances. Service universitaire psychiatrique, Berne. Office fédéral de la santé publique (OFSP).

84 Ibidem.

85 Sylvie Wieviorka (1996). « *La réduction des risques* ». In Revue Toxicobase.

La stratégie de réduction des risques pose un certain nombre de contraintes qui constituent autant de priorités pour les intervenants. En effet, dans le cadre de l'articulation de l'offre et de la demande, les prestataires de l'offre vont être très souvent confrontés à une absence de demandes. Ce faisant, le travail d'approche et de rencontre des usagers va constituer une première priorité : « *Aller à la rencontre des usagers là où ils sont (outreach) plutôt que d'attendre ou d'exiger des usagers qu'ils viennent vers les institutions en place* »[86]. Cela étant, il s'agira de parvenir ensuite à faire émerger les demandes, à diagnostiquer les besoins et à les décrypter.[87] Mobiliser des prestations adaptées aux demandes et aux besoins d'une population[88] aux conditions précaires, désinsérée, voire exclue des filières traditionnelles — santé, socioprofessionnel, logement — constitue une troisième priorité : « *Offrir aux usagers une variété de ressources, en termes de porte d'entrée (seuil d'accès) et d'opportunités de changement, qui correspondent à leurs besoins, plutôt que proposer un cheminement normatif auquel tous doivent s'adapter.* »[89] Favoriser ensuite la rétention des usagers au sein du dispositif constitue une quatrième priorité.

Les programmes de substitution « à bas seuil » se définissent comme étant « des dispositifs qui ne présentent que peu, voire pas de contraintes pour le patient, la méthadone étant souvent fournie par des services ambulatoires qui ne cherchent pas à vérifier si l'intéressé consomme d'autres substances et ne font que des efforts modérés pour empêcher le détournement de la méthadone. »[90] Certains auteurs vont ainsi recommander d'opter « pour l'aménagement d'un local dans le milieu de vie de la clientèle plutôt que dans une institution offrant déjà des services médicaux. »[91]. La délivrance de la méthadone a lieu chaque jour — il n'y toutefois aucune obligation de se présenter quotidiennement — et se fait sous contrôle direct. Cette offre,

86 Pierre Brisson (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratique*. Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

87 « L'intervention consiste alors à « aller vers », à entrer en contact avec les usagers pour mettre en place, en fonction de leur situation, des réponse à leurs besoins immédiats (ouverture de droits, hébergement …) et les outils permettant d'éviter certaines complications (information, matériel stérile …). » In Alain Morel et Jean-Pierre Couteron (2008). Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris. Dunod.

88 « Les patients (des programmes de méthadone « à bas seuil ») se trouvent dans la situation typique des toxicomanes qui vivent en marge de la société : leurs contacts sociaux se limitent presque exclusivement à la scène, la plupart d'entre eux ne sont pas (ou plus) intégrés dans le monde du travail ; en général, ils ne subviennent pas eux-mêmes à leurs besoins. La majorité d'entre eux sont toxicodépendants depuis de nombreuses années et consomment, en plus de l'héroïne, de la cocaïne, du cannabis, des médicaments et/ou de l'alcool. » In Commission fédérale des stupéfiants. Groupe ce travail Méthadone de la sous-commission Drogue (1995). Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse. Berne. Office fédéral de la santé publique.

89 Pierre Brisson (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratique*. Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

90 Helge Waal (2000). La réduction des risques, composante d'une approche globale et pluridisciplinaire des problèmes d'abus de drogues. Document de discussion.

91 Michel Perreault et alii. (2003). « Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits. Le rôle d'un programme à exigences peu élevées ». In *Canadian journal of public health*. vol 94, no 3. pp. 197 - 200.

dans la perspective de la réduction des risques, n'a pas vocation « de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. »[92]

La délivrance de la méthadone, dans le cadre de la stratégie de réduction des risques, est à objectifs multiples. En effet, la diminution de la consommation d'opiacés aura pour objet de réduire le nombre d'injections et, ce faisant, de diminuer les risques d'infections — VIH, hépatites, etc. — ainsi que d'overdoses. De même, il est attendu que cette diminution de la consommation d'opiacés réduise les contraintes financières liées à un approvisionnement des opiacés sur le marché noir et, ce faisant, limite le recours à la délinquance et à la prostitution. Dans son acceptation la plus large, la réduction des risques s'articulera sur trois axes dont l'un, dans le cadre des programmes de maintenance « à bas seuil », est relatif à la délivrance de la méthadone. L'accès à des soins de base ainsi qu'à des soins d'urgence, la promotion de la santé, la distribution de matériel d'injection constituent le second axe, alors que l'intégration sociale — hébergement, logement transitoire, occupation, situation administrative, situation financière — en constitue le troisième. Sylvie Wieviorka note, à ce propos, que :

> *« L'efficacité des traitements par la méthadone est largement démontrée, quoiqu'avec des variantes selon les études, les cohortes et les protocoles : la santé des sujets traités s'améliore, leur niveau d'insertion et leur vie sociale sont plus satisfaisants, pourvu que le traitement ait une durée suffisante (qui s'évalue en années). »*[93]

Traitements de substitution à « bas seuil » au sein de la Fondation du Tremplin : enjeux et pistes de réflexion

Dans le canton de Fribourg, l'hypothèse d'un élargissement de l'offre de réduction des risques par la mise en place d'un programme de substitution « à bas seuil » dont l'objet consisterait à renforcer la capacité d'accès du plus grand nombre de consommateurs d'opiacés à bénéficier d'un traitement à la méthadone pose les questions relatives au choix de son prestataire et aux conséquences de ce choix, pour le dispositif dépendance, en termes d'ajustement. Il ne s'agit pas, dans le cadre de notre mandat, de nous déterminer parmi les deux options retenues par nos interlocuteurs — Tremplin versus Centre de traitements des addictions — mais de mettre en évidence certains enjeux susceptibles de favoriser la réflexion.

Les principaux acteurs du Centre de traitement des addictions ne semblent pas favorables à la mise en place d'un programme de substitution « à bas seuil » dans le cadre de leur offre. En effet, s'ils ne semblent pas devoir remettre en question un

[92] Alain Morel et Jean-Pierre Couteron (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod.
[93] Ibidem.
[93] Sylvie Wieviorka (1996). « *La réduction des risques* ». In Revue Toxicobase.

renforcement de l'offre de maintenance « à bas seuil », une structure ambulatoire de type socio-éducatif leur paraît, en revanche, plus adaptée en regard des besoins de sa population cible et de ses objectifs :

> *« Nous avons toujours ciblé nos interventions auprès des organes payeurs, l'Etat et nos autres partenaires, pour expliquer que nous n'allions pas couvrir le spectre complet, c'est-à-dire que nous ferions certainement de la réduction des risques, c'est-à-dire que nous n'allions pas pinailler pour la remise de la méthadone à des patients. Par contre, pour les patients dont la situation nécessite plus que ça, notamment au niveau de l'encadrement social, nous allions certainement déléguer cette tâche à des compétences professionnelles que nous n'avons pas ici. Le Centre de traitement des addictions se raconterait des sornettes s'il affirmait qu'une équipe de psychiatres et de psychologues allait pouvoir prendre en charge des gens … qui ont ce type de besoins. »*

Dans la perspective de la mise en place d'une structure de ce type, les principaux acteurs du Centre de traitement des addictions posent le principe d'une collaboration en qualité d'acteurs de liaison — addictologie de liaison : « *Nous verrions une structure ambulatoire, pilotée par des sociaux et au sein de laquelle notre équipe, en tant que consultant, interviendrait à la demande* ».

A Neuchâtel, le Drop-in a mis en place un dispositif « à bas seuil d'exigence » dit « Le 13 Ouvert » qui se décline en trois secteurs et est encadré par « *une équipe professionnelle en matière d'addiction* » :[94]Un secteur bistrot proposant quotidiennement des repas chauds ; un secteur soins, dont les interventions relèvent notamment de la prévention des infections, de soins infirmiers de base, d'information et de conseils dans le cadre de la réduction des risques, d'échange et de distribution de matériel d'injection stérile ; un secteur social, dont les activités relèvent à la fois de prestations à des besoins immédiats ainsi que d'un travail de mise en lien et de réseau avec les différents partenaires sociaux. Des activités occupationnelles sont également proposées.

Le dispositif neuchâtelois pourrait être considéré comme une bonne pratique dans une réflexion sur l'hypothèse du Centre de traitement des addictions. En effet, dans l'optique de la mise en place d'un programme de maintenance « à bas seuil » au sein de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin, le dispositif neuchâtelois pourrait être mobilisé afin de mettre en évidence, dans la perspective d'une stratégie de la réduction des risques au sein de laquelle l'offre de prestations devrait être à même d'intervenir au niveau de la délivrance de la méthadone, de l'intégration sociale, des soins de santé de base, de la prévention des infections (VIH, hépatites, etc.), de la prévention des comportements à risque, ainsi que de la promotion de la santé, certains enjeux relatifs:

[94] Drop-in (2007). *Rapport d'activité 2006*. Neuchâtel. Drop-in. Centre d'information, de prévention et de traitement des addictions.

- aux ajustements, en termes de renforcement, des équipes au sein de La Fondation du Tremplin — Centre de jour dit « Au Seuil » et Ateliers de Fribourg —, ainsi qu'au niveau du Centre de traitement des addictions ;
- à l'intégration de l'offre de traitement de substitution « à bas seuil » au sein de l'offre du secteur de réduction des risques — Centre de jour dit « Au Seuil » et Ateliers de Fribourg ;
- à l'organisation des interfaces entre le programme de maintenance « à bas seuil » et le Centre de traitement des addictions — interventions au niveau de l'addictologie de liaison.

La collaboration d'acteurs de liaison constitue un enjeu important dans la perspective de la mise en place d'un programme de réduction des risques « à bas seuil » au sein de l'offre de la Fondation du Tremplin. En effet, cette option pose certains enjeux, en particulier au niveau de la prescription des traitements lors de l'entrée au sein du programme, ainsi que lors d'éventuels ajustements qui pourraient intervenir durant les premières semaines,[95] voire au-delà. En abordant la question — toute théorique — de la mise en place, à la prison centrale, de traitements de maintenance pour des détenus non encore substitués, spécialiste. Le suivi du traitement pourrait, en revanche, être assuré par le personnel infirmier non spécialisé, ce qui est déjà le cas : « *Si nous avons un service infirmier appuyé par un psychiatre, en plus des deux médecins, parce que ça ne serait pas à eux de lancer des programmes de méthadone, je pense qu'on pourrait démarrer des choses avec les patients* ».

La mise en place d'un programme de maintenance « à bas seuil » au sein de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin l'amènerait à jouer un rôle de premier plan au sein du secteur fribourgeois de réduction des risques. Dans une telle hypothèse, la question du renforcement de ses équipes au sein de l'ensemble de son offre ambulatoire pourrait s'avérer être l'un des principaux enjeux d'une réorganisation de l'offre. Ainsi que le soulignait l'un de nos interlocuteurs, la question du concept institutionnel de l'offre ambulatoire du Tremplin devrait également être abordée :

> *« Je ne suis pas sûr qu'il faille juste une infirmière ou un lit pour se reposer. Je pense qu'il faut des compétences pour tout ce qui touche à la gestion de la précarité, les besoins vont au-delà des compétences en addiction. C'est la gestion de la pauvreté avec des gens qui consomment des substances. On parle ici d'exclusion. Actuellement, à Fribourg, on ne s'occupe pas suffisamment de cette population. Aujourd'hui, il n'y a pas un concept de prise en charge plus global qui permettrait d'aborder l'occupationnel de type bas seuil, la mise en contact avec le réseau, la motivation, enfin … c'est complexe et je n'ai pas la réponse. »*

[95] Ainsi, il apparaît, dans la description de certaines expériences menées au Canada, au sein de programmes dits « Relais-Méthadone », que « la prescription de la méthadone débute lors de la première évaluation médicale. Dans les première semaines de traitement, les patients sont renconrés de façon hebdomadaire afin d'ajuster la dose de méthadone et de procéder au bilan de santé. » In Michel Perreault et alii. (2003). « Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits. Le rôle d'un programme à exigences peu élevées ». In *Canadian journal of public health*. vol 94, no 3. pp. 197 - 200.

Le contenu d'un ajustement au niveau des équipes de l'offre résidentielle du Tremplin — au niveau quantitatif et qualitatif — devrait toutefois dépendre du cadre au sein duquel la gestion au quotidien de la délivrance des traitements de maintenance « à bas seuil » devrait être organisé. En effet, différentes stratégies peuvent être envisagées, dont, en particulier :

- confier la gestion du programme de méthadone « à bas seuil » à la Fondation du Tremplin, charge à celle-ci de mettre en place cette nouvelle structure, dont en particulier l'ensemble de l'encadrement nécessaire ;
- inscrire la gestion du programme de méthadone « à bas seuil » dans une collaboration entre la Fondation du Tremplin et l'équipe mobile de soins de base qui serait mise en place dans le secteur de la réduction des risques.

Traitements de substitution à « bas seuil » au sein de l'offre du Centre de traitement des addictions : enjeux et pistes de réflexion

Un élargissement de l'offre du Centre de traitement avec la mise en place d'un nouveau programme de traitement des addictions « à bas seuil » pourrait, ainsi que l'avons vu, aboutir à une structuration de l'offre de traitements de maintenance en deux segments dissemblables, voire opposés. Dans ce contexte, les responsables du Centre de traitement des additions pourraient être confrontés à des enjeux pour le moins déterminants. En effet, cette structuration de l'offre pourrait entraîner, au sein de la file active du Centre de traitements des addictions, une cohabitation de patients aux profils divergents, voire, selon les critères pris en compte, opposés, en particulier en regard de critères tels que l'insertion — insertion sociale ; insertion sanitaire ; insertion professionnelle ou occupationnelle —, la situation en matière de logement (type de logement, statut d'occupation et stabilité au logement), la situation administrative et financière, ainsi que les comportements d'usage de consommation.

Pour les responsables du Centre de traitement des addictions, les enjeux de cette cohabitation sont loin d'être négligeables, en particulier au niveau de l'attractivité de son offre. En effet, comment parvenir à maintenir l'attractivité d'une structure et de son offre, alors qu'une partie des patients, au sein de sa file active, au bénéfice de traitements de substitution dans le cadre de protocoles plus classiques ou non dépendants à un produit, vont associer un sentiment de répulsion à toute forme de cohabitation — inévitable par ailleurs — avec d'autres patients au bénéfice d'un traitement de substitution « à bas seuil ».

D'autres enjeux, en termes de localisation de l'offre sont liés à des contraintes qui relèvent à la stratégie de réduction des risques. En effet, nous l'avons vu, le travail d'approche et de rencontre constitue une priorité : « *aller au-devant des*

usagers », venir à eux ; les accueillir au sein de structures dont l'accès est à « bas seuil d'exigence ». Si, pour la population cible de l'offre de réduction des risques, la stratégie de localisation qui repose sur un critère de proximité — par rapport à ses lieux de vie — va être déterminante, à l'inverse, pour d'autres groupes d'usagers, en particulier ceux qui ne relèvent pas de cette population cible, une telle stratégie pourrait avoir pour conséquence le rejet de l'offre ainsi que de la structure en raison de l'aspect répulsif associé à cette localisation. Ainsi, l'un de nos interlocuteurs soulignait que :

> *« Moi, le Seuil, il me rappelle ce que je ne veux plus. J'ai honte d'aller là-bas parce que je me dis : Tu vas chercher quoi ? Mais, à un moment donné, ça m'a aidé à manger une fois par jour chaud, parce que je ne me nourrissais plus, et puis de pouvoir parler de mes difficultés. »*

Un dernier aspect, lié à l'articulation de l'offre de prestations du Centre de traitement des addictions, les objectifs du secteur de réduction des risques ainsi En se focalisant sur l'usager, le mode de prise en charge dans le cadre de la réduction des risques, nous l'avons vu, « *ne touche pas à la question de ce qui l'amène à consommer et à prendre des risques, ni à sa façon de gérer sa recherche de plaisir.* »[96] Dans ce contexte, l'approche de type bio-psycho-socio-éducatif va essentiellement s'articuler sur des professionnels de la santé non spécialistes — somaticiens, voire psychiatres — ainsi que sur les professionnels des structures ambulatoires de type socio-éducatif et sur le travail hors mur. Quel devrait être la place des structures ambulatoires spécialisées dans la prise en charge d'usager ?

Faut-il dès lors privilégier une stratégie articulée sur la réorganisation du Centre de traitement des addictions, en particulier au niveau de son encadrement via un élargissement du côté des travailleurs sociaux, voire des éducateurs et des professionnels de la santé au niveau somatique ? Faut-il, au contraire, privilégier l'existant en renforçant les équipes de l'offre ambulatoire de la Fondation du Tremplin et en définissant un nouveau concept institutionnel ? Il n'est pas dans notre mandat de répondre à cette question. Nous observons toutefois que la mise en place d'un dispositif d'indication au sein de la chaîne addictions du Secteur de psychiatrie pour adultes, dont la gestion a été confiée au Centre de traitement des addictions et dont l'objectif est d'évaluer les demandes d'hospitalisation à Thalassa, devrait permettre, ainsi que le soulignait l'un des acteurs de la chaîne de soins addiction, de « *transférer des ressources dont dispose Thalassa au niveau ambulatoire.* » Faut-il voir, dans cette perspective, un renforcement de la capacité du Centre de traitement des addictions d'inscrire à l'avenir, au sein de sa file active, des patients confrontés à des situations de comorbidités psychiatrique qui, aujourd'hui, ne peuvent être pris en charge ?

[96] Ibidem.

Face à ces enjeux, le canton de Fribourg bénéficie d'une expérience intéressante au travers de sa participation à PROVE.[97] En effet, son projet dit « PROMI » — Projet fribourgeois de Méthadone Injectable — a été réalisé dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) du Centre psychosocial de Fribourg et la Fondation du Tremplin[98]. Celle-ci s'est inscrite dans une approche de type pluridisciplinaire articulée, d'une part, entre une unité de type médical et un dispositif de type socio-éducatif et, d'autre part, au sein de ce dernier, entre la structure « à bas seuil » de son offre — Centre de jour dit « Au Seuil » et Ateliers de Fribourg — et celle de son Service social — Service social du Tremplin (SST).[99] La prise en charge des usagers au sein de PROMI — pluridisciplinaire et intégrée — s'est traduite dans une organisation dont l'une des caractéristiques était son articulation sur la structure du bâtiment que partageaient la Fondation du Tremplin et le Centre psychosocial :

> *« C'est donc dans le cadre du Tremplin — UST que PROMI s'est intégré, un cadre qui est devenu l'une de ses spécificités. Concrètement, les participants bénéficient de prestations multiples concentrées sous le même toit. La méthadone injectable est préparée au deuxième étage par l'UST. Les participants de PROMI s'injectent le produit dans une salle aménagée qui se situe au troisième étage, séparée de la distribution de méthadone orale (…) C'est le même personnel infirmier qui est engagé sans différenciation dans les deux activités. Au premier étage, les bureaux des assistants sociaux du Tremplin accueillent les participants sur rendez-vous. Des contacts plus informels sont aussi possibles Au Seuil, le centre de jour situé au sous-sol du bâtiment. Plusieurs participants de PROMI ont en effet pris l'habitude de s'y rendre pour boire un café après avoir fait l'injection. Relevons encore que l'Atelier offre un encadrement et un réentraînement au travail animé par une équipe de maîtres socioprofessionnels. »*[100]

L'expérience de PROMI, en particulier au niveau de certains aspects de sa mise en œuvre, de sa gestion et de son évolution entre 1996 et 1998, pourrait, dans la perspective d'une réflexion par rapport aux principaux enjeux relatifs à la mise en place d'une structure destinée à un programme de traitement à la méthadone « à bas seuil », se révéler riche d'enseignements, en particulier au niveau de :

- l'expérience acquise par les responsables de l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) et de la Fondation du Tremplin au niveau des modalités de leur collaboration telle qui fixée dans la convention qui les lie , au sein d'éventuelles collaborations mises en place avec d'autres dispositifs et acteurs — en particulier

97 Essais scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médial PROVE, initié par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) suite à une ordonnance du Conseil fédéral (octobre 1992).

98 « C'est en février 1994 que ces deux institutions ont élaboré et signé une convention qui a posé le cadre de PROMI et défini la modalité de son fonctionnement. Par la suite, le Centre psycho-social a créé l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) qui a débuté son activité en mars 1994 dans le bâtiment du Tremplin. » In Lara Bernardoni, Michela Boggini, Amanda Hauri (1998). Rapport final. Recherche-intervention réalisée dans le cadre du Projet Intégré 1996 – 1998. Fribourg. Université de Fribourg. Chaire de Travail Social.

99 « Service social spécialisé en toxicodépendance reconnu par l'Etat de Fribourg ». In http://www.tremplin.ch/fr/service_social/index.php.

100 UST & Tremplin (1998). PROMI : Projet fribourgeois de méthadone injectable. Rapport final. Fribourg.

dans les domaines médical et social non spécialisés — , au niveau des relations avec les autorités du canton et l'administration cantonale ainsi qu'avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) — gestion des difficultés rencontrées, bonnes pratiques, ajustements, etc.

- l'expérience acquise par les collaborateurs de l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) et de la Fondation du Tremplin dans la gestion du projet au quotidien au niveau de la délivrance de la méthadone, d'une part, et au niveau d'une prise en charge des usagers dans une perspective globale — de type bio-psycho-socio-éducatif —, d'autre part ;
- l'expérience acquise par les collaborateurs de l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) et de la Fondation du Tremplin dans le cadre de la prise en charge des usagers, dans la collaborations avec d'autres dispositifs et acteurs — en particulier dans les domaines médical et social non spécialisés — ainsi qu'avec les dispositifs résidentiels de traitements.

4.4. Articulations III : le traitement, enjeux et obstacles de l'intégration du résidentiel et de l'ambulatoire

L'entrée des usagers au sein du dispositif se fait par l'ambulatoire et, dans les situations de crise aiguë, par l'Hôpital psychiatrique essentiellement via l'unité Thalassa. Le recours à l'offre résidentielle peut intervenir ensuite sur indication au sein de la prise en charge ambulatoire. Une bonne articulation entre l'offre ambulatoire et l'offre résidentielle est la condition de la continuité des soins, pilier essentiel de ce qu'on a appelle la « nouvelle alliance thérapeutique ».

Dès lors, la prise en charge des dépendances implique de pouvoir disposer d'une offre résidentielle qui, tant qualitativement que quantitativement, soit à même de garantir la plus grande transversalité possible des trajectoires de traitement (bio-psycho-socio-éducatif).

Dans le cas fribourgeois, l'analyse de nos entretiens a permis de mettre en évidence une faiblesse structurelle majeure constituant un véritable défi pour la construction d'un nouveau dispositif. En effet, l'absence de structures résidentielles intermédiaires ainsi que la polarisation de l'offre sur les paradigmes de l'abstinence et de la substitution ne parviennent pas à satisfaire les besoins des structures spécialisées de l'ambulatoire — Centre de traitement des addictions (CTA) — ainsi que du stationnaire — Thalassa — en termes de relais thérapeutique de type psycho-socio-éducatif : « *Le problème de l'offre résidentielle, qu'on le veuille ou non, c'est que ses structures s'adressent à des personnes de haut seuil dont l'objectif est l'abstinence, qu'ils soient ou non au bénéfice d'un traitement de substitution.* »

Avant d'aborder de manière plus approfondie la problématique de l'adéquation de l'offre résidentielle fribourgeoise en matière de traitement des addictions par rapport à la demande des structures spécialisées, et de Thalassa en particulier, il nous a

paru important de présenter brièvement, en guise d'introduction, quelques éléments clés tiré d'une analyse de Pablo Sanchez-Maza et Catherine Ritter, membres du Collège romand des médecins de l'addiction (COROMA), intitulée « *Quels résidentiels pour demain ?* »[101].

4.4.1. Les demandes de l'ambulatoire : le point de vue des médecins de l'addiction

Dans leur analyse, Pablo Sanchez-Maza et Catherine Ritter abordent les questions relatives à l'indication, à la durée des séjours, au concept thérapeutique, à la collaboration entre demandeurs et prestataires, aux conditions d'une bonne transversalité — avant, pendant, après — ainsi qu'à une bonne collaboration entre l'ambulatoire et le résidentiel.

Deux membres du Collège romand des médecins de l'addiction (COROMA) ont élaboré un document[102] intitulé « *Quels résidentiels pour demain ?* » qui a été présenté dans le cadre de la Coordination romande des institutions et organisation œuvrant dans le domaine des addiction (CRIAD) — Groupe Résidentiel. Dans ce document, ses auteurs abordent les questions relatives à *l'indication* d'un recours au résidentiel, à la *durée des séjours*, au concept *thérapeutique*, à la *collaboration* entre demandeur et prestataire, aux *conditions d'une bonne transversalité* — avant, pendant, après — et à une *bonne collaboration*.

La nécessité de disposer d'un *référentiel commun* ainsi que la *compréhension* et la *prise en compte réciproque* des concepts de prise en charge apparaissent comme des critères déterminant pour l'élaboration d'une bonne articulation entre ambulatoire et résidentiel — garante de la continuité des traitements et de la rétention des usagers au sein du dispositif dépendance. Pablo Sanchez-Maza et Catherine Ritter soulignent que les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de nouvelles synergies relèvent de la capacité « *d'intégrer l'approche médicale à la culture socio-éducative sans prise ou perte de pouvoir (et) de travailler ensemble sur un modèle plus intégré.* »[103]

Dans le cadre de l'indication — « *Le résidentiel comme possibilité thérapeutique* » —, la demande pourra être motivée par une multitude de situations, relatives à des besoins très divers. Ceux-ci se situent au sein d'un éventail très large balisé entre la nécessité d'une mise à l'abri et d'une protection par le recours à une privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397 du Code civil) — PLAFA — et la prise en charge d'un projet de réinsertion socioprofessionnel.

---

[101] Pablo Sanchez-Maza, Catherine Ritter (2008). *Quels résidentiels pour demain ? Le point de vue des médecins de l'addiction*. COROMA. CRIAD. Groupe Résidentiels.

[102] Pablo Sanchez-Mazas, Catherine Ritter (avril 2008). Quels résidentiels pour demain ? Le point de vue des médecins de l'addiction. COROMA.

[103] Ibidem.

Ce faisant, la durée va constituer un élément clé de l'indication. Définie en regard des besoins des usagers et des objectifs de traitement médico-social, celle-ci pourra s'inscrire très schématiquement au sein d'une temporalité comprise entre un mois — situations de crises aiguës — à deux ans au maximum — projet de réinsertion socio-professionnel —, voire, pour les patients présentant un double diagnostic, deux à quatre ans. Dans ce contexte, l'offre combinée d'appartements protégés et de chambres au sein de structures type « foyer » pourrait permettre de répondre davantage aux besoins des personnes à faible autonomie.

L'analyse de nos entretiens montre que l'évaluation de Pablo Sanchez-Maza et de Catherine Ritter de l'offre résidentielle est partagée par nos interlocuteurs de l'ambulatoire fribourgeois et de Thalassa. Il en va de même au niveau du critère de l'insertion socio-professionnelle.

Faut-il maintenir une offre spécifique au niveau du traitement des dépendances à l'alcool ? Pour les addictologues, les comportements d'usage sont au cœur de la démarche, non le produit. Dès lors, une offre spécifique ne leur paraît pas justifiée. Toutefois, pour nos interlocuteurs, autant au sein des cantons romands que dans le canton de Fribourg, cette offre constitue un héritage dont la transformation doit être inscrite dans la durée. En revanche, le savoir-faire des professionnels de ces structures devrait être intégrée le plus rapidement au sein de l'ambulatoire dans des interactions productives. Ainsi, l'un des responsables d'une structure ambulatoire romande soulignait que dans la prise en charge des polyconsommateurs il rencontre d'énormes problèmes d'alcool.

4.4.2. Articulation de l'offre résidentielle et de la demande : le point de vue des acteurs de la chaîne de soins « Addiction »

Il apparaît, dans l'analyse de nos entretiens, que, d'une part, la structure actuelle de l'offre ne permet pas de garantir une continuité suffisante des soins à tous les patients de la Chaîne addiction : « *Certains patients, malgré des besoins de prise en charge en résidentiel, vont passer, faute d'une offre adaptée, de la structure protégée de l'hôpital à l'ambulatoire qui ne peut leur offrir l'accompagnement et la prise en charge spécifique dont ils auraient besoin*. » Il apparaît, d'autre part, qu'elle constitue l'un des éléments clés de la situation à laquelle Thalassa est aujourd'hui confrontée, à savoir la part importante des hospitalisations non indiquées ainsi que celle du nombre de prolongations de séjours en dehors de toute justification médicale : « *Une fois qu'on a sevré la personne, une fois qu'on a dépassé la phase de danger par rapport à la consommation, qu'est-ce qu'on en fait ? Il y a des gens qui traînent depuis des mois ici, c'est ça le problème.* »

L'un de nos interlocuteurs relevait, à ce propos, que : « *L'hôpital est aujourd'hui un fourre-tout, on y met tout* ». Face à cette situation, il s'agit de pouvoir se mettre en place un dispositif susceptible de garantir une prise en charge selon une logique qui relève de « *la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et pour la bonne durée* ». Une telle approche doit pouvoir s'articuler, en amont, sur un dispositif d'indication et une offre — ambulatoire et résidentielle — adaptée aux besoins des patients et aux trajectoire de soins définies par les acteurs de cette procédure. En aval, elle suppose la mise en place d'une offre suffisante et adaptée — ambulatoire et résidentielle — aux besoins des patients dont les objectifs fixés au moment de leur hospitalisation ont été atteints et devrait prévenir ainsi les prolongations de séjour. Rappelons qu'une hospitalisation n'est pas sans conséquences pour les patients. On parle, à ce propos, de processus de démobilisation, de perte de rythme, etc.

L'objectif, pour l'hôpital, ainsi que le souligne l'un de nos interlocuteurs, serait de mettre en place les conditions cadre favorisant une approche plus contractuelle : « *Le rôle de l'hôpital, c'est d'intervenir d'une façon contractuelle, avec une mission claire. Ce vers quoi on devrait aller, c'est vers des hospitalisations contractuelles. Une personne arrive ici, il y a un objectif, l'objectif est réalisé, le patient quitte l'hôpital.* » Le renforcement de l'offre actuelle, que ce soit au niveau ambulatoire ou résidentiel, est ainsi au cœur de la problématique à laquelle Thalassa, et plus globalement la Chaîne addiction, sont confrontées aujourd'hui et à laquelle il s'agit de pouvoir apporter une réponse.

La mise en place d'un dispositif d'indication apparaît comme susceptible de favoriser une approche plus contractuelle des séjours hospitaliers. Elle n'est toutefois pas suffisante. Il s'agit, en effet, de pouvoir adosser à un tel dispositif une offre de prestations qui soit suffisante et adaptée aux besoins des patients afin de prévenir le recours à une hospitalisation alors que celle-ci ne se justifierait pas — soit non indiquée — mais qui s'imposerait, faute d'alternative, pour prévenir des ruptures de soins. En aval, les besoins au niveau de l'offre vont être relatifs à deux types de trajectoires, celles dites de « *post crises* » et celles dites de « *post cures* ». Cette distinction doit être prise en compte dans la mesure où les besoins des patients au moment de leur sortie de Thalassa peuvent être très différents selon qu'ils relèvent de l'une ou de l'autre de ces trajectoires.

De quelle ajustement de l'offre est-il question ? Dans leurs évaluations du dispositif actuel, les principaux acteurs de la Chaîne addiction mettent en évidence une inadéquation relative, d'une part, à un manque de structures intermédiaires — ambulatoires et résidentielles — et, d'autre part, à une trop forte polarisation de l'offre résidentielle sur « le haut seuil » — conditions d'accès ; population cible ; objectifs ; offre de prise en charge ; durée des séjours :

> *« Le problème de l'offre résidentielle, qu'on le veuille ou non, c'est que ses structures s'adressent à des personnes de haut seuil dont l'objectif est l'abstinence, qu'ils soient ou non au bénéfice d'un traitement de substitution. »*

Dans leurs analyses, les principaux acteurs de la Chaîne addiction soulignent que les ajustements susceptibles de favoriser une meilleure intégration de l'offre actuelle au sein d'un dispositif dépendance, dans le référentiel du « Cube » — adopté par la Confédération en 2006 —, devraient avoir pour objet la mise en place d'une offre, dans une approche pluridisciplinaire de type bio-psycho-socio-éducative, articulée selon un axe ambulatoire, un axe semi-résidentiel et un axe résidentiel : « *Je pars du principe que toutes les structures que je vous ai mentionnées, ne peuvent être que pluridisciplinaires. C'est le modèle bio-psycho-social.* »

Thalassa et évaluation des besoins : perspective et enjeux

Dans l'évaluation des besoins de Thalassa, deux éléments devront être pris en compte. Le premier s'inscrit dans la mise en œuvre, au sein du secteur « Psychiatrie adulte », d'une chaîne de soins dite des « troubles addictifs » dont la direction a été confiée à Claude Uehlinger et qui regroupe le Centre de traitement des addictions (CTA) — structure ambulatoire — et Thalassa — structure stationnaire. Cette réorganisation de l'offre et de la prise en charge des dépendances dans le secteur de la psychiatrie fribourgeoise, s'inscrit dans le projet d'organisation des soins de santé mentale, dont les objectifs fixés par le Conseil d'Etat, ainsi que le rappelle la Direction de la santé et des affaires sociales, passe par « *la création de chaînes de traitement faisant le lien entre l'ambulatoire et le stationnaire, par la priorité donnée à la prise en charge ambulatoire et par le renforcement du partenariat entre le public et le privé.* »[104] Dans ce cadre, le développement de structures intermédiaires apparaît comme une priorité afin « *d'éviter, dans certains cas, une hospitalisation inutile*. »[105]

Nous avons pu observer que, dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de cette chaîne de soins, certains de ses responsables posaient l'hypothèse, au cours de nos entretiens, d'une éventuelle spécialisation de Thalassa dans la prise en charge des situations de comorbidités :

> *« Dans la nouvelle organisation, Thalassa devra relever le défi de diminuer sa vocation d'unité d'admission pour se concentrer sur les spécificités d'un programme de traitement de la comorbidité. Il faut que ça soit très clair, nous allons prendre plusieurs années à le faire passer. Je pense que c'est le métier de base d'une unité résidentielle dans un dispositif psychiatrique. Faire de Thalassa une unité de comorbidité, qu'est-ce que ça veut dire, personne ne le sait très bien, mais ça a l'avantage de permettre de sortir de cette logique d'unité d'admission où vous pouvez mettre n'importe qui sous*

[104] Direction de la santé et des affaires sociales (2006). Communiqué de presse. Nouvelles vision de l'organisation des soins en santé mentale pour le canton de Fribourg.

[105] Ibidem.

prétexte, et souvent, les plus finauds ont trouvé la combine, de suicidalité[106]*. »*

La nécessité de s'interroger sur une « *dépsychiatrisation de la prise en charge de l'urgence* », telle que posée par certains responsables de la chaîne de soins des troubles addictifs,[107] met en évidence l'un des principaux enjeux au niveau de l'ajustement de l'offre relative à une spécialisation de Thalassa dans la prise en charge des comorbidités. Quelles structures mettre en place pour des indications de prise en charge de situations de crise qui ne relèveraient pas de la psychiatrie ? La gestion, dans le canton, de certaines situations d'urgence relatives à des alcoolisations massives selon une logique qui relève « *de la patate chaude* », avec des allers et retours entre l'hôpital somatique et le Centre de soins hospitaliers de Marsens, tend à mettre en évidence la complexité de cette problématique.

La question de l'ajustement de l'offre dans le cadre de la mise en œuvre de la chaîne de soins destinée aux troubles addictifs est toutefois d'ores et déjà posée. En effet, un dispositif d'indication au niveau des demandes d'hospitalisation à Thalassa et dont la gestion a été confiée au Centre de traitement des addictions (CTA) est déjà opérationnel. L'objectif de ce dispositif, ainsi que le rappelle l'un de ses principaux acteurs, est parvenir à « *réduire le nombre d'hospitalisations et, à moyen terme de pouvoir réduire le nombre de lits et ainsi pouvoir transférer les ressources dont dispose Thalassa au niveau ambulatoire.* » Les demandes d'admissions parvenant à Thalassa doivent donc être désormais réorientées sur le Centre de traitement des addictions (CTA) afin qu'elles soient évaluées et qu'une trajectoire de soins puisse être déterminée.

Dans l'évaluation des besoins de Thalassa, il s'agira également de prendre en compte les enjeux et objectifs de la prise en charge des patients dans une structure stationnaire au niveau des trajectoires de soins. L'objectif, pour les responsables de cette structure, est de favoriser la rétention des patients lors de leur sortie de Thalassa au sein du réseau dépendance, prévenant ainsi les phénomènes d'échappement et d'éventuelles rechutes. De même, ainsi que nous l'avons souligné, il s'agit de prévenir les prolongations de séjours au-delà de l'indication.

---

106 « Moi, j'ai été beaucoup plus malin que ça. J'ai été aux Urgences avec ma valise et j'ai dit que je voulais aller à Marsens, sinon je me flinguerais ici, j'ai fait du chantage. Si vous voulez entrer à Marsens, le jour même, dans l'heure qui suit, vous allez aux urgences et vous dites : Je suis en pleine rechute, je vais me suicider. Avant, je ne formulais pas comme il faut. A l'époque, où je vivais dans la rue et que je voulais aller au chaud, je disais que je voulais aller à Marsens, que j'avais froid, mais ça ne marchait pas. Maintenant je sais. Il faut dire qu'on veut se suicider et on rentre direct. » (Entretien réalisé avec un usager)

107 « Je pense qu'il faut "dépsychiatriser" la crise pour lui donner un sens beaucoup plus addictologique et moins psychiatrique, moins stigmatisant, si vous voulez. Ça c'est une piste. Pour faire le lien avec le résidentiel, je verrais donc une institution qui soit en mesure de prendre en charge des individus en crise afin de permettre au système de souffler. C'est-à-dire un endroit qui permette de mettre un mur entre l'individu et la réalité pour qu'il arrête éventuellement une consommation compulsive d'alcool et qu'il puisse réfléchir avec une équipe capable de travailler la crise et donner un sens à tout le système, famille, parent, etc. »

Pour aborder cette question des trajectoires de soins, il y a lieu, dans un premier temps, de déterminer, dans le cadre actuel, quelles sont les situations qui vont justifier une indication d'hospitalisation à Thalassa. Un premier type de situations est lié au sevrage. En effet, il apparaît que trois critères peuvent justifier, dans le cadre d'un traitement de sevrage, une hospitalisation à Thalassa : une demande du patient ; une comorbidité psychiatrique sévère ; une situation de désinsertion et de pertes des réseaux sociaux. Dans le premier cas, le sevrage aura été planifié d'entente avec le patient qui aura effectué l'ensemble des démarches. Dans le second cas, un suivi médical va s'imposer en raison des risques liés à la pathologie psychiatrique. Dans le troisième cas, l'hospitalisation pourra être mise à profit pour aborder la problématique de la réinsertion.

Un deuxième type de situation, relatifs aux comportements d'usage de consommation de produits psychotropes légaux et illégaux voa également justifier une indication d'hospitalisation à Thalassa, qui pourra intervenir dans un cadre volontaire ou sous contrainte — privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa). Dans un premier cas, les patients présentent une aliénation sévère par rapport au produit pouvant entraîner des risques importants de surdoses et d'intoxication.[108] L'indication d'une hospitalisation vise à prévenir une évolution vers une issue fatale. L'extraction du patient et la mise en place d'un mur entre ce dernier et le produit relève de l'urgence. Dans un deuxième cas, la perte de contrôle de la consommation et ses conséquences au niveau de la santé justifient également une hospitalisation du patient, mais n'a toutefois pas ce caractère d'urgence. Celle-ci peut donc être préparée et planifiée avec l'accord du patient ou sous contrainte.

Un troisième et dernier type de situation susceptible d'indiquer le recours à une hospitalisation à Thalassa relève de la crise psychiatrique : troubles du comportement accompagnés de conduites susceptibles de constituer une menace pour la personne et pour autrui. Au-delà, ainsi que le précise l'un de nos interlocuteurs, « *je ne vois aucune, aucune condition qui puisse imposer une hospitalisation.* » Quels vont être les enjeux de la prise en charge de ces patients dans le cadre d'une hospitalisation ?

Dans le premier type de situation, les conditions dans lesquelles va se dérouler le sevrage et la maîtrise d'éventuelles réactions psychologiques liées à l'arrêt de la consommation vont être au cœur de la prise en charge. Dans le second type de situation, il s'agira de distinguer les cas qui relèvent de la crise psychiatrique de ceux liés à la consommation de produits. En effet, dans les situations de crise, l'enjeu de l'hospitalisation relève de la stabilisation du patient. Dans les situations de consommation excessive, les enjeux relève du contrôle de celle-ci, en d'autres

[108] « A un moment donné, la personne ne contrôle plus sa consommation, elle ne fait aucune demande pour arrêter sa consommation. Il faut juste réduire le risque et contrôler la consommation. »

termes d'une gestion de la consommation. Ce faisant, il s'agira de distinguer, lors de la sortie de Thalassa, les situations de post-sevrage de celles dites de post-crise.

Quels vont être les enjeux posés par ces différentes situations au niveau des relais thérapeutiques lors de la sortie de ces patients de Thalassa ? Une prise en charge adaptée aux besoins des patients, en regard notamment des risques d'échappement et de rechute, relève-t-elle systématiquement du résidentiel ? Il apparaît que les besoins, en termes de relais thérapeutiques tels qu'exprimé par les responsables de la « Chaîne addiction », définissent, nous l'avons vu, une structure de l'offre qui combinerait l'ambulatoire, le semi-résidentiel et le résidentiel. Ainsi, les ajustements auxquels le dispositif de prise en charge des dépendances devraient faire face afin de renforcer l'adéquation de l'offre et de la demande ne se limiteraient au seul secteur résidentiel actuel. Ainsi que le rappelle l'un de nos interlocuteurs :

> *« Quand nous avons un patient que nous sommes obligés de garder un mois de plus à l'hôpital faute de pouvoir disposer d'une structure d'accompagnement de jour alors qu'il pourrait rentrer chez lui, mais à la condition de pouvoir bénéficier d'une aide au niveau de sa gestion quotidienne. Sans équipe mobile, je ne peux pas le laisser sortir de l'hôpital. »*

Trajectoires de post-crise : demandes de relais thérapeutiques

D'une manière générale, ainsi que l'ont souligné nos interlocuteurs, la notion de crise s'inscrit dans une prise en charge qui relève de la courte durée, l'objectif étant la gestion de la phase de risque et la stabilisation des patients : « *La notion de crise reste la spécificité de l'hôpital. Quand quelqu'un arrive ici en crise, le mot de crise renvoie au court terme. Telle que je la conçois, une intervention de crise, c'est trois ou quatre jours d'hospitalisation avec un départ rapide vers une autre structure.* » Cela étant, les besoins des patients et les objectifs d'une prise en charge de type post-crise seront différents selon que l'on parle de situations liées à une consommation excessive — perte de maîtrise de la consommation — ou à ce que nous avons qualifié ci-dessus de crise psychiatrique — troubles du comportement.

Il apparaît que dans les situations dites de crise psychiatrique, les patients vont être confrontés à des ruptures qui, à des degrés divers, vont affecter des trajectoires jusque-là qualifiées de stable. La crise va inscrire ces trajectoires au sein de processus qui relèvent de la désinsertion. Des compartiments tels que les réseaux sociaux — primaires et/ou secondaires —, l'emploi ou la formation, de même que le logement, etc. vont être ainsi affectés à des degrés divers. Les objectifs d'une prise en charge post hospitalière, ainsi que nous avons pu l'observer, relèvent

essentiellement de la réinsertion : « *Il faut pouvoir restituer le fonctionnement antérieur à la crise.* »

Dans ce contexte, la demande au niveau de la prise en charge en résidentiel relèverait du « *haut seuil* »[109], selon l'expression de nos interlocuteurs. Les durées de résidence devraient pouvoir être adaptées aux différents types de situations en termes de désinsertion. On parle d'une durée moyenne qui serait comprise entre six semaines et six mois. Selon les situations, une partie de la trajectoire de soins pourra s'inscrire dans le cadre d'une offre de type semi-résidentiel.

Dans les situations relatives à des pertes de maîtrise de la consommation de produits et pour laquelle les objectifs de prise en charge post hospitalière relèvent essentiellement de la gestion de la consommation et de la réduction des risques, deux cas de figure peuvent se présenter. S'agissant, dans la plupart des cas, d'une population fortement désinsérée, en particulier par rapport au logement — absence de logement stable —, les patients dont la consommation a pu être stabilisée devraient pouvoir bénéficier, selon les cas, d'une prise en charge au sein d'une structure résidentielle intermédiaire de type « bas seuil » ou au sein d'une structure de type ambulatoire : « *Une structure d'accueil style La Tuile, mais avec un accompagnement bio-psycho-social. Il ne doit pas y avoir que le gîte et le couvert comme c'est le cas de La Tuile aujourd'hui.* »

Pour les patients dont la consommation n'est pas stabilisée, le recours à une structure telle que le Foyer de La Sapinière apparaît comme particulièrement adaptée — dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-socio-éducative — dans la mesure où les conditions de prise en charge permettent le maintien du patient « *dans un état de sevrage forcé* » :

> *« Lorsqu'une personne ne peut plus contrôler ses consommations, que c'est au-delà du craving, cette personne est alors soumise au produit. Est-ce que l'on doit l'enfermer à l'hôpital ? Non, ce n'est pas le rôle de l'hôpital. Est-ce que l'on peut la laisser livrée à elle-même dans la rue ? Non, ce n'est pas le rôle du médecin. Quelle est actuellement la structure qui, dans le canton de Fribourg, est capable de maintenir un patient en état de sevrage forcé ? C'est le Foyer de La Sapinière. »*

Dans ce type de situations, la prise en charge des patients lors de la sortie de Thalassa devrait intervenir dans le cadre de la privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa).

[109] La principale distinction établie par les principaux acteurs de la « chaîne de soins addiction » entre le « haut » et « bas » seuil relève des comportements de consommation. Le « haut seuil » va être ainsi destiné aux situations d'abstinence, alors que le « bas seuil » sera destiné, quant à lui, à des situations d'abstinence partielle ou sélective. »

Trajectoires de post sevrage : demandes de relais thérapeutiques

Il s'agira ici de distinguer les situations selon que les objectifs du sevrage relèveront de l'abstinence partielle ou sélective avec ou sans traitements de substitution ou de l'abstinence « totale». Il apparaît, dans les situations dont les objectifs, au niveau des trajectoires post hospitalières, relèvent de l'abstinence, que les demandes de Thalassa au niveau des structures résidentielles vont se distinguer essentiellement par rapport à la durée des séjours. En effet, ainsi que le précise l'un de nos interlocuteurs, il s'agira de permettre à ces patients de bénéficier d'une prise en charge qualifiée de « réadaptation » qui soit différenciée par en regard des ressources dont ils disposent — bien qu'ayant pu être affectée à des degrés divers par la dépendance :

> *« Tout va dépendre des acquis. Il y aura des patients qui n'ont rien du tout où il faudra peut-être partir de zéro, leur permettre éventuellement d'entamer une formation. Il y a d'autres patients qui se sont désinsérés. Là, il va falloir gérer cette situation, mais les besoins sont différents. Nous sommes donc partis pour des séjours qui peuvent varier entre six semaines, six mois et deux ans. »*

La durée de résidence apparaît d'autant plus importante, comme critère d'ajustement de l'offre à la demande dans les situations de post-cure, que les patients concernés seront insérés, en particulier au niveau professionnel. En effet, ainsi que le précise l'un de nos interlocuteurs : « *Une personne qui est sans travail et qui bénéficie de l'AI, pourra aller pendant deux ans en résidentiel sans que ça lui pose véritablement un problème. Mais pour l'instituteur qui fera son sevrage pendant un mois et demi d'été et qui désire ensuite reprendre son travail, il ne pourra pas aller en post-cure pendant un an et demi. Il faut donc mettre en place une offre résidentielle qui puisse proposer des séjours de courte, de moyenne et de longue durée.* »

Demandes de relais thérapeutiques et offre résidentielle : éléments de réflexion

Faut-il créer de nouvelles structures afin de répondre aux demandes de relais thérapeutiques post hospitalières ? Pour aborder cette problématique, il s'agira de distinguer les situations de post-crise de celles de post sevrage. Il ne s'agit toutefois pas d'apporter ici une réponse définitive et exhaustive — ce n'était pas l'objectif de notre mandat —, mais de mettre en évidence certains éléments clés que nous avons pu observer dans le cadre de notre recherche. Nous aborderons, dans un premier temps la situation en matière de post sevrage puis, dans un second temps, celle relative aux post-crises.

Il apparaît, ainsi que l'ont souligné certains acteurs de la chaîne de soins destinée aux troubles addictifs, que des ajustements importants sont intervenus au sein de certaines structures résidentielles fribourgeoise suite à des demandes formulées par

Thalassa. Selon leur évaluation, l'adéquation de l'offre par rapport à la demande en a été renforcée. En effet, certains changements intervenus au niveau de la durée des séjours, avec l'introduction de nouveaux programmes à courte et moyenne durée, ont permis de favoriser une prise en charge plus différenciée et, ce faisant, plus adaptée aux besoins des patients de Thalassa[110]. L'un de nos interlocuteurs relevait, à ce propos, que :

> *« Nous avons déjà induit certains changement avant que le nouveau concept se mette en place, parce qu'il s'agit de besoins pour lesquels nous avons besoin de réponses. Nous ne pouvons pas simplement attendre 2010 pour opérer les changements dont nous avons besoin. »*

Il apparaît ici que cette capacité d'adaptation dont ont fait preuve certains acteurs du dispositif de prise en charge des dépendances, peut constituer un atout précieux dans la perspective d'une reconfiguration de l'offre, notamment au niveau résidentiel, ainsi que dans celles d'éventuelles modifications structurelles visant à favoriser une plus forte intégration des structures résidentielles et ambulatoires. Ce faisant, cette situation permet d'envisager une offre destinée aux trajectoires de post sevrage relevant plus de la transdisciplinarité que de la juxtaposition de structures spécialisées.

4.4.3. L'organisation des interfaces ambulatoire/résidentiel : vers un renforcement de l'intégration et de la qualité de la prise en charge

La problématique de l'ajustement de l'offre résidentielle par rapport aux demandes de Thalassa dans le cadre des trajectoires de type post crises, dans une perspective « bas seuil », paraît beaucoup plus complexe dans la mesure où il s'agira, pour ses prestataires, d'être à même d'intégrer des paramètres tels que la consommation, la réduction des risques, les pathologies psychiatriques, le bas seuil d'exigence, la variabilité de la durée des séjours. Le renforcement des conditions cadre du dispositif actuel apparaît comme un facteur déterminant par rapport aux enjeux liés à la mise en place d'une offre résidentielle nouvelle et face à la prise en charge de cette population. Nous retiendrons, parmi ses principaux objectifs :

- la formalisation des procédures de collaboration ;
- le renforcement de la collaboration entre structures spécialisés et structures résidentielles dans la prise en charge de cette population ;
- la mise en place d'une offre de liaison adossée à l'offre résidentielle et susceptible d'intervenir en cas de besoin — addictologie de liaison ; psychiatrie de liaison, etc. ;

[110] « Prenez le cas du Torry par exemple. Aujourd'hui, il offre des prises en charge de cinq semaines. Mais ce même Torry propose des prises en charge de six mois et même de deux ans. Vous voyez que cette structure fonctionne déjà en tenant compte de nos besoins. »

- l'intégration du médico-psychiatrique au sein des équipes thérapeutiques de l'offre résidentielle ;
- la mise en place de dispositifs ressources favorisant l'accès des intervenants en milieu résidentiel à l'information et à la formation permanente ;
- la mise en place de protocole de collaboration entre les services orienteurs et l'offre résidentielle.

La formalisation des procédures de collaboration apparaît comme un des éléments clés d'une bonne intégration de l'offre résidentielle. Ce faisant la nécessité de « *parvenir à une définition commune de la problématique de l'addiction et des troubles qu'elle entraîne* »[111] apparaît comme un préalable dans la mesure où elle favorisera l'adoption d'un référentiel commun.

Cette collaboration a notamment pour objectif d'assurer une continuité des soins, l'élaboration et le respect d'un projet thérapeutique, une transparence au niveau de la prise en charge et des bilans réguliers. Ce faisant, l'offre résidentielle n'apparaît plus comme une alternative socio-éducative à une offre ambulatoire davantage médicalisée, mais comme un des chaînons des traitements.

L'un des enjeux, pour les structures ambulatoires et stationnaires spécialisées, sera de pouvoir assurer un soutien — psychiatre de liaison, addictologue de liaison, somaticien de liaison, etc. — aux structures résidentielles afin de leur permettre d'offrir, dans les meilleures conditions possibles, une prise en charge adéquate.

Les entretiens que nous avons menés au cours de notre étude exploratoire tendent à montrer qu'un renforcement des conditions cadre est à portée de main. Deux exemples permettent d'illustrer un mode de collaboration entre les structures spécialisées ambulatoires et stationnaires dans un cadre qui est davantage formalisé et intégré. Tous deux concernent l'Unité de toxicodépendance de Lausanne-Cery (UTOX).

Un protocole de collaboration a été mis en place, dans le canton de Vaud, entre l'Unité de toxicodépendance du professeur Besson (UTOX) et la Fondation Les Oliviers. Son objectif est de fixer les modalités de collaboration entre les structures de l'UTOX — Saint-Martin, Calypso, Addictologie de liaison) – et la Fondation Les Olivier : « *Ce protocole vise à ajuster les actions respectives de la Fondation Les Oliviers et de l'UTOX dans le suivi concomitant des patients.* »[112]

Le protocole de collaboration va ainsi fixer les critères d'admission dans les programmes des Oliviers et les critères de collaboration y relatifs, en particulier au niveau médical et du rôle du médecin référent des structures de l'UTOX, de sa

[111] Ibidem.

[112] J. Besson. M.P. Demaurex, Ph. Jaquet (2008). Protocole de collaboration entre la Fondation Les Oliviers et l'Unité de toxicodépendance (UTOX).

participation aux bilans et de la médication, en particulier les questions relatives à d'éventuelles modifications de celle-ci. Ce protocole précise notamment qu'il ne peut y avoir de schéma dégressif appliqué systématiquement aux traitements de substitution et que toute modification doit se faire en concertation avec le Centre Saint-Martin.

Les modalités de sortie et la question des ruptures de programme par les usagers y figurent également en bonne place. Elles prévoient notamment que « *Depuis la sortie irrégulière jusqu'au bilan de réseau — qui doit intervenir dans les cinq jours suivant la rupture —, la Fondation Les Oliviers remet la méthadone et les médicaments à l'usager qui vient les chercher dans ses locaux.* »

Des protocoles moins formels et moins aboutis ont également été mis en place entre le Centre Saint-Martin et la Fondation Bartimée, ainsi qu'entre Saint-Martin et la Fondation du Levant.

L'Unité de toxicodépendance (UTOX) a également mis en place une structure dite « *d'Addictologie de liaison* ». Une partie de ses prestations est destinée aux institutions résidentielles de traitement afin de leur offrir un soutien lors du séjour de certaines catégories d'usagers — patients dit instables :

> *« L'addictologie de liaison offre une possibilité de passerelle entre les différentes prises en charges pour les patients instables. Ces patients qui souhaitent entrer en résidentiel ont tendance à abandonner leur projet en cours. Ils sont souvent hospitalisés en milieu psychiatrique à l'occasion de crises intercurrentes. »*[113]

Dans ce cadre, « *l'Addictologie de liaison* » propose une contribution à la mise en place de projets institutionnels, une coordination des soins entre le différents partenaires, de même que des interventions, durant les séjours en résidentiels, de types interventions lors de situations de crises, hospitalisations de décharge, stabilisation médicamenteuse, etc. Ce dispositif intervient également sur le site de l'Hôpital psychiatrique de Cery.

4.4.3. Le vieillissement des personnes dépendantes : quelle prise en charge ?

La problématique du vieillissement de la population dépendante et sa chronicisation tend à apparaître également, dans un futur proche, comme un enjeu, ainsi que le rappellent les auteurs du rapport « *psychoaktiv.ch* » :

> *« Ces personnes doivent bénéficier d'une substitution et d'un traitement à long terme, qui peut dans certains cas durer jusqu'à la fin de leur vie. L'aide aux personnes toxicodépendantes sera confrontée au problème de l'âge d'ici dix ans. Les offres spécifiques pour les personnes dépendantes âgées n'existent pas, et les autres*

[113] J. Besson. M.P. Demaurex, Ph. Jaquet (2008). Protocole de collaboration entre la Fondation Les Oliviers et l'Unité de toxicodépendance (UTOX).

offres (maisons de retraite, soins de longue durée, aide et soins à domicile) ne sont pas adaptées à leurs besoins. »

Dans le cadre de nos entretiens, nous avons abordé cette question avec la plupart de nos interlocuteurs. Cette problématique, dont il s'agira de tenir compte à l'avenir, paraît toutefois encore peu documentée, que ce soit au niveau des besoins des usagers, de leurs profils, du nombre de personnes concernées, etc. Nos entretiens, dans le canton de Fribourg, ne nous ont pas permis d'aborder cette question en termes d'effectifs que ce soit à court ou à moyen terme. L'un de nos interlocuteurs propose un profil tel qu'il pourrait hypothétiquement se présenter :

« Ce sont des personnes qui ne peuvent pas aller dans les EMS classiques parce qu'elles ont trop de problèmes psychiatriques. Il y en a d'autres qui ont juste besoin d'un encadrement. Ce sont des personnes qui ont de la peine à vivre seules, qui oublient leur traitement, qui mélangent tout alors qu'elles peuvent avoir des traitements médicamenteux lourds pour des pathologies comme de l'hypertension, des hépatites C non traitées, de l'ostéoporose, du diabète. »

De notre point de vue, les réflexions menées actuellement au niveau de la prise en charge des personnes âgées nous paraissent constituer un cadre de réflexion intéressant. En effet, cette prise en charge relève du concept de Soins communautaires dont l'objectif est le maintien à domicile le plus longtemps possible via la mise en place de structures intégrées :

« Une même équipe pluri-professionnelle assure de manière coordonnée, à la fois des soins à domicile, mais aussi des soins ambulatoires et de courts séjours en lits de répit et d'observation. Le tout en étroite collaboration avec d'autres services et associations s'occupant des personnes âgées. »[114]

Les trajectoires des usagers devraient ainsi être déterminées par indication en regard de critères relatifs à la santé, à l'autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne, à l'alimentation, à l'intégration sociale, etc. Dans ce cadre, l'indication d'un placement en résidentiel relèverait de critères tels que la démence, une défaillance grave au niveau fonctionnel, la nécessité d'une surveillance constante, etc. La transposition aux personnes dépendantes vieillissantes du concept de soins communautaires pour personnes âgées devrait inclure les questions relatives à l'accès et au maintien au logement et, pour les plus désinsérées, la mise en place d'une offre de logements protégés.

4.4.4. La reconfiguration spatiale de l'offre résidentielle : la question de l'intercantonalisation de l'offre.

Dans le cadre de leur présentation au sein de la CRIAD, Pablo Sanchez-Mazas et Catherine Ritter plaident en faveur d'une reconfiguration de l'offre résidentielle - tant au qualitatif que

[114] Charles-Henri Rapin (2005). *Suisse. Concept innovant de soins communautaires pour les personnes âgées à Genève*. in Jean-Philippe Tarot (Propos recueillis par). Senioractu.com.

quantitatif - à une échelle inter cantonale. L'histoire récente a toutefois mis en évidence une baisse significative des migrations thérapeutiques inter cantonales depuis 1998. Les ajustements à venir de l'offre résidentielle — fermeture de structure, réduction du nombre de lits, etc. — pourraient favoriser, au sein de ses prestataires, des stratégies de diversification de l'offre ou de réorientation afin d'éviter une disparition ou une fermeture partielle.

L'entrée en vigueur de la décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de ne plus considérer la toxicomanie comme une cause suffisante d'invalidité (1998) a contraint les cantons et les communes de prendre en charge financièrement les personnes ne disposant pas d'un revenu suffisant — résidentiel et ambulatoire. On a pu assister, suite au retrait de l'AI, à une réduction significative des migrations thérapeutiques inter cantonales pourtant courantes jusque-là. La médiation de l'offre et de la demande de la part des services payeurs cantonaux et communaux s'est ainsi concentrée essentiellement au niveau de leurs institutions résidentielles cantonales, entrainant une baisse importante des taux d'occupation au sein des structures résidentielles. Une étude comparative ayant mis en évidence des différences de coût significatives d'un canton à l'autre a également joué un rôle dans cette évolution. Dans le même temps, la mise en place et le développement d'un offre ambulatoire — réduction des risques et thérapie — a permis un élargissement de l'offre.

4.5. L'environnement médical non-spécialisé et les dispositifs de traitement des personnes dépendantes : enjeux et articulations

Les dispositifs de prise en charge des personnes dépendantes entretiennent des relations avec leurs environnements non-spécialisés (bio-psycho-socio-éducatifs) aux trois niveaux déjà identifiés précédemment : prévention et intervention précoce ; réduction des risques et traitement.

Nous ne retiendrons dans ce chapitre que les aspects relatifs au « traitement » dans le cadre de l'environnement médical. Cependant, cette question est particulièrement importante dans la mesure où une part non négligeable des personnes dépendantes est relativement éloignée des dispositifs socio-sanitaires routiniers. Plusieurs facteurs expliquent cet éloignement : expériences négatives au contact du système médical ; honte face à leur situation ; rapport au corps qui ne permet pas de réaliser la nécessité de soins médicaux ; attitude parfois négative, voire de rejet dont peut faire preuve, parfois, une partie du personnel médical ; etc.

La conséquence de ces comportements se traduit par des demandes de soins tardives essentiellement dans les services d'urgence des hôpitaux, l'absence de compliance de ces patients, une faible rétention au sein des dispositifs de soins et

enfin, un respect limité des prescriptions médicales après la sortie.

Ces questions ont déjà fait l'objet d'une réflexion et des propositions avaient été formulées dans le cadre du Rapport du Groupe de travail pour un concept cantonal de traitement des toxico-dépendances sur mandat du Conseil d'Etat en février 2000. Trois problématiques ont retenu notre attention en regard de l'analyse des entretiens effectués dans le canton de Fribourg :

- traitement de substitution et mesures d'ajustement : renforcer des réseaux de coopération ;
- soins communautaires : une réponse possible à la question de l'articulation entre l'offre des dispositifs et les besoins des usagers ;
- processus d'indication : un processus d'élaboration trop fragmenté.

4.5.1. Traitement de substitution et mesures d'ajustement : le renforcement des réseaux de coopération entre les intervenants non-spécialisés et les centres spécialisés

Au-delà de la mise en place d'un cadre favorisant l'organisation du réseau d'aide et de prise en charge des personnes dépendantes, il s'agit également de créer les conditions favorables à l'intervention d'acteurs clés comme les médecins de premier recours et les pharmaciens. MedRoTox avait notamment pour ambition de renforcer leur capacité de prise en charge des traitements de substitution ; certains cantons semblent en avoir tiré profit plus que d'autres. Nous avons également mis en évidence certains exemples qualifiés de « *bonnes pratiques* ». Lors des entretiens exploratoires, l'un de nos interlocuteurs soulignait :

> *« Les médecins de premiers recours jouent un rôle important. Ces personnes là consacrent du temps et de l'énergie et souvent ils sont mal payés ou pas payés. Les gens qui ont la gentillesse et la bonté de faire ça, il ne faut pas les laisser tout seul. »*

Il en va de même au niveau des pharmaciens dans la mesure où les médecins de premier recours travaillent généralement en collaboration avec ces derniers, n'ayant généralement plus de méthadone en cabinet. Si certains généralistes craignent, en effet, les agressions, il y a surtout les contraintes liées à la gestion et au stockage de produits stupéfiants. Parmi les difficultés rencontrées avec les patients toxicomanes dans le suivi des traitements de substitution, l'un de nos interlocuteurs relevait :

> *« Il y a des difficultés réelles et il y a des difficultés fantasmatiques. Alors les difficultés réelles, c'est qu'il faut une certaine tolérance pour accepter que les gens ne viennent pas aux rendez-vous, que les gens ne paient pas, qu'il faut lutter pour aller chercher de l'argent. C'est ça le gros problème : l'absence, l'irrégularité et les paiements. »*

Ainsi, les pharmaciens vont se trouver en première ligne, rencontrant plus souvent et plus régulièrement les patients que les médecins de premier recours. Ce faisant, se pose d'une part, la problématique de la gestion du comportement de certains de ces clients : « *d'une manière générale, c'est des gens qui se comportent bien. J'ai trois ou quatre phénomènes sur la quinzaine de patients que j'ai et qui sont des cas plus sérieux. J'ai effectivement du vol, j'ai des gens qui m'appellent le weekend, qui m'inventent des trucs incroyables.* » Le Drop-in de Neuchâtel, ainsi que Saint-Martin, nous l'avons vu, ont mis un place des dispositifs permettant de rapatrier certains patients et soulager ainsi le personnel des pharmacies. Se pose d'autre part les problématiques relatives à la médication. Certains de nos interlocuteurs soulignent, en effet, la tentation parfois chez le pharmacien de modifier la médication — souvent sur la demande du patient — sans même en référer au médecin prescripteur :

> *« Il faut définir les limites de l'intervention, il faut interdire, et là j'utilise volontairement ce terme, il faut interdire au pharmacien de toucher les doser. Il y a des situations où les patients demandent tout d'un coup au pharmacien de baisser leur méthadone et il y a des pharmaciens qui acceptent. Et toi, tout d'un coup, tu découvres qu'ils ont déjà fait un sevrage, tu n'es pas au courant, ce n'est pas au bon rythme et puis ça ne va jamais. »*

Dans le canton de Vaud, les groupes de formation mis en place dans le cadre du Programme de prévention et de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie (PPMT) sont également ouverts aux pharmaciens. Notons également une tentative de lancer un Collège romand de la pharmacie de l'addiction — sur le modèle et en liens avec la Coroma. De plus, tous les deux ans, les pharmaciens de Suisse romande organisent un cours de trois jours sur les addictions qui s'inscrit dans le cadre de la formation permanente. Des cours destinés aux assistants en pharmacie sont également organisés en Suisse romande dans le cadre du Groupement romand d'études des addictions (GREA) libellés selon : « *Formation pour assistant-e-s en pharmacie : introduction au phénomène des dépendances ; aspects sociaux et juridiques de la distribution de méthadone.* »

Les questions relatives aux remboursements des traitements de substitution se posent aussi bien aux pharmaciens qu'aux médecins de premier recours :

> *« On se rend compte qu'il y a peut-être de moins en moins de médecins et de pharmaciens qui vont s'engager là-dedans, parce qu'à la limite, financièrement, c'est vrai que ça va être difficile. Ces mauvais cas, on a tendance à les donner aux centres spécialisés. Dans notre canton, heureusement que maintenant on se préoccupe des gens qui n'ont pas payés leurs primes. Moi, simplement pour la médication, or de la méthadone et du travail, tous les médicaments ne m'étaient pas payse, parce que les primes n'étaient pas payées et qu'avec cette nouvelle Lamal, les caisses-maladie ne nous remboursent plus. »*

Ainsi, dans la situation qui prévaut actuellement, l'un des médecins de premier recours que nous avons rencontrés lors des entretiens exploratoires soulignait que la prise en en charge de ces patients signifiait « q*u'ils acceptaient de faire une ristourne sur la franchise de 350 francs en début d'années et puis de renoncer aux 10 % de participation des patients.* »

Avec son projet MedRoTox, l'Office fédérale de la santé publique a voulu donner au cantons certains moyens visant à répondre à ses enjeux : motiver le plus grand nombre de médecins de famille à prendre en charge des personnes toxico dépendantes, améliorer la qualité des prestations des médecins au niveau médical et relationnel, améliorer la collaboration interprofessionnel, améliorer les conditions de travail des médecins dans ce secteur.

En préambule de leur rapport consacré au bilan des projets MedRoTox, ses auteurs soulignent, d'une part, l'importance du rôle des médecins de premier recours dans la prise en charge des traitements de substitution et relèvent, d'autre part, les difficultés auxquelles ce type de patient les confrontent :

> *« Les médecins de premiers recours jouent un rôle primordial dans la prise en charge des patients toxico-dépendants. La majorité d'entre eux en traitement de substitution par la méthadone le sont chez des médecins privés. Les avantages de cette forme de prise en charge sont multiples. Ne mentionnons que la décentralisation de l'offre thérapeutique dans des régions non urbaines et la facilitation de l'intégration dans son milieu social. Le médecin généraliste en cabinet privé est par contre souvent démuni face à des patients au comportement difficile et dont le traitement est complexe. »*[115]

Ce faisant, ses auteurs nous rappellent que le troisième rapport sur la méthadone (1995)[116] mettait déjà en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins de premiers recours prescripteurs de traitements de substitution et soulignait déjà la nécessité de mettre en place des mesures de soutien.

Suivant les recommandation du rapport, l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) a mandaté un groupe de travail — Médecins romands toxicomanie (MedRoTox) —afin de procéder à une évaluation de la situation prévalant en Suisse romande. L'objectif consistait à émettre un catalogue de propositions afin d'« *intéresser un plus grand nombre de médecins à accepter des patients toxicomanes, augmenter leur niveau de connaissances et de compétences et promouvoir leur collaboration avec les pharmaciens et les travailleurs sociaux.* »[117]

Un poste de coordinateur a été mis en place au sein de chaque canton afin de réaliser les mesures proposées : mise en place de

---

115 Sophie Arnaud, Frank Zobel (2002). *Bilan des projets MedRoTox et MeTiTox*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

116 Commission fédérale des stupéfiants. Groupe de travail Méthadone de la sous-commission Drogue. (1995). *Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse (troisième édition)*. Berne. Office fédéral de la santé publique.

117 Ibidem. p. 7.

dispositifs ressources — hotline —, groupes d'échanges, formation continue. Le financement du poste de coordinateur ainsi que les activités liées aux projets MedRoTox étaient assurés conjointement par l'OFSP (50 %) et les cantons.

Le bilan des projets effectué en 2002 a montré que la réalisation et le succès de ces projets apparaissaient comme très variables d'un canton à l'autre. Ses auteurs relevaient en particulier que :

> *« Les facteurs favorables au développement des projets ont été la mise en place d'une coordination cantonale partagée par plusieurs médecins, le recours à un groupe d'accompagnement comprenant les principaux acteurs cantonaux concernés et le développement d'une stratégie d'information adaptée aux besoins du public-cible. »*[118]

L'un de nos interlocuteurs d'un canton romand soulignait que l'hétérogénéité des modalités régionales dans la prise en charge des traitements de substitution à la méthadone a permis l'émergence de modèles prometteurs dont ont pu bénéficier les autres cantons grâce au travail d'information et de coordination de l'Office fédéral de la santé publique dont la tâche est d'assurer ces échanges, rappelant, à ce propos, l'importance d'un dispositif comme MedRoTox :

> *« A cet effet, il a contribué à organiser des réseaux régionaux d'échange entre les professionnels et il organise régulièrement des rencontres au niveau national. De plus, cet office entreprend actuellement l'élaboration de recommandations de bonne pratique pour le traitement avec substitution. Il soutient finalement l'évaluation de projets et de programmes ainsi que la recherche.*

4.5.2. L'environnement médical non spécialisé et le traitement des personnes dépendantes : MedRoTox, une expérience riche d'enseignements

Dans le canton de Fribourg, le projet MedRoTox a permis l'élaboration et la réalisation d'un certains nombre de projets dont une offre de formation, la mise sur pied de groupes régionaux et un document de référence, un « *Classeur fribourgeois MedRoTox* » destiné aux professionnels de la santé qui devrait être hébergé sur le site du Médecin cantonal. Il apparaît que l'expérience acquise dans le cadre du projet MedRoTox peut se révéler riche d'enseignements dans la perspective de l'élaboration d'un dispositif de mesures qui serait destinés à renforcer la capacité de mobilisation des professionnels de la santé, en particulier les médecins de premier recours, dans la prévention ainsi que dans le traitement des dépendances.

L'un des principaux objectifs de MedRoTox était très justement de parvenir à renforcer les conditions cadre afin de parvenir à « *motiver un plus grand nombre de médecins à s'occuper de patients dépendants et d'améliorer la qualité de leurs*

[118] Ibidem. p. 4.

prestations ». La formation et la formation permanente, l'accès et la diffusion de l'information, l'échange entre professionnels apparaissaient, à cet égard, dans le cadre du projet, comme des objectifs déterminants. Quels sont les principaux aspects que le projet MedRoTox Fribourg nous permet de mettre en évidence ?

Le premier, et le plus important d'entre eux, est relatif à la participation. La mise en place d'une offre de formation destinée aux médecins de premier recours a permis aux responsables de MedRoTox Fribourg de constater qu'il y avait une réelle demande, en particulier au sein des médecins actifs dans les traitements de substitution. S'il y a bel et bien un public pour une telle offre, il est toutefois apparu, au niveau de la participation, que ses responsables peinaient à élargir son assise et à mobiliser plus largement les professionnels de la santé. D'aucuns diront :

> *« Nous avons proposé des formations continues au cours de ces six années MedRoTox et nous avons pu constater que ce sont toujours les mêmes personnes qui participent et que ce sont toujours un peu les mêmes qui ne viennent pas. Mais ça, c'est le problème de toute formation continue. »*

Face à cette situation, l'hypothèse d'un recours à une injonction a été discutée par certains. Fallait-il rendre la formation permanente obligatoire aux médecins de premier recours qui prescrivent des traitements de substitution ? Cette hypothèse semble avoir été rejetée rapidement, en raison notamment des risques contre-productifs qu'une telle décision ne manquerait pas d'engendrer :

> *« Nous en avons parlé avec le médecin cantonal qui nous a fait remarquer que, si l'on commençait à rendre les formations continues obligatoires pour avoir, entre guillemets, le droit de prescrire la méthadone, le risque de saboter le système pourrait être trop grand, les médecins pourraient ne plus vouloir prendre en charge ces traitements. »*

Cette hypothèse a également été discutée dans le canton de Vaud, en particulier pour les médecins de premier recours qui se lanceraient dans des traitements de maintenance. L'obligation a également été rejetée au profit d'une approche plus incitative, ainsi que le soulignait l'un de nos interlocuteurs :

> *« Dans le canton de Vaud, l'incitation est perpétuelle, dans les nouvelles directives*[119]*, on est en train de les finaliser avec le médecin cantonal — un représentant du Centre Saint-Martin et un membre de l'AVMCT —, mais ça existait déjà dans les anciennes, il y a la demande, si on est nouveau, d'aller se former. On ne peut pas le rendre obligatoire. Donc, il y a une forte incitation en soulignant les effets positifs de la formation. »*

Face à l'enjeu du manque de participation, la question de la reconnaissance de l'offre par les sociétés de médecines et son inscription au sein des programmes annuels de formation

[119] Nous pouvons lire en note, dans le document intitulé "Demande d'autorisation pour traitement de substitution. Rapport d'entrée" que : « *Par ailleurs, nous vous recommandons vivement de participer aux séances de formation continue et d'échanges organisées périodiquement. Renseignements auprès de : AVMCT (…) ou auprès de la responsable de Programme PPMT (…)* »

permanente a été posée par les responsables des programmes de perfectionnement des médecins s'occupant de la toxicodépendance (PPMT) dans le canton de Vaud. En effet, ils ont pu constater que, parmi le public intéressé par leurs programmes, tous ne disposaient pas du temps nécessaire pour participer aux formations PPMT qui leur étaient proposées parallèlement à celles auxquelles ils étaient tenus d'assister chaque année :

> *« Ce qu'il faut, c'est la reconnaissance de notre programme, qu'il puisse être validé comme programme de formation continue. Un médecin qui aurait suivi trois séances de notre programme pourrait, par exemple, bénéficier de quatre points et demi de reconnaissance. La société de médecine interne a reconnu notre programme, mais d'autres ne nous ont jamais répondu. Là, on essaie d'obtenir des crédits de formation pour la société de médecine générale. »*

Se pose toutefois la question des modalités relatives aux processus de validation des cours par les sociétés de médecine. En effet, l'expérience vaudoise a permis de mettre en évidence que les démarches d'obtention de cette reconnaissance auprès des sociétés de médecine peuvent être parfois coûteuses et chronophages. De plus, elles devraient être, semble-t-il, répétées annuellement. Autre difficulté, celle relative au traitement du dossier. Certaines sociétés de médecins n'auraient, en effet, jamais répondu à la demande de reconnaissance qui leur avait été soumise.

Dans un autre cadre, celui de l'organisation, au sein du projet MedRoTox Fribourg, de séances moins formelles qu'une formation proprement dite, plus favorables aux échanges — information, expériences, etc. — ainsi qu'à la création de liens entre professionnels de la santé, les responsables de MedRoTox ont également été confrontés à des difficultés au niveau de la participation. L'expérience a en effet montré que, si cette offre pouvait rencontrer un public intéressé, ils peinaient à en élargir l'assise :

> *« Il faut échanger, je pense que c'est un des besoins fondamentaux de cette prise en charge. Il y a un réel besoin, à mon sens, d'améliorer la communication, d'échanger des expériences et de connaître les autres acteurs. Or, nous ne nous voyons pas assez souvent. Il faudrait instaurer cette convivialité parce que c'est ce qui nous permet de travailler ensemble. »*

> *« A la fin, la petite agape qui permet aux gens d'échanger, de se connaître. C'est ça qui est important. Il faut qu'il y ait cette convivialité, c'est ce qui permet de se connaître et de travailler ensemble. »*

Un soutien au niveau de l'organisation de ces rencontres plus informelles pourrait être de nature, selon certains de nos interlocuteurs, à favoriser une plus large participation, tout au moins celle d'un public intéressé.[120]

[120] « Vous voyez, les réunions ont lieu souvent à midi ou le soir, s'il y a un petit lunch, n'importe quoi qui est offert ; je ne dis pas que les médecins, ils ne peuvent pas aller s'acheter leur sandwich, mais ils ne pensent pas. Donc, ces à-côtés-là font que la réunion, on vient, on arrive en courant, on peut acheter

Un autre aspect peut être mis en évidence à l'issue de l'expérience MedRoTox Fribourg, lié aux questions relatives à l'investissement temporel, mais également financier des responsables de la mise en œuvre et de la gestion au quotidien d'un tel dispositif. Il apparaît, en effet, que ces activités devraient pouvoir s'inscrire dans le cadre d'un mandat clair et être rémunérées, ce qui était très justement le cas du projet MedRoTox. En effet, ainsi que le souligne l'un de ses participants, une telle activité ne peut être assumée, dans toute son acceptation, en dehors des heures consacrées aux patients :

> *« Le volontariat, ça a des limites, on fait tout le travail en dehors des heures. Il faut avoir de l'énergie pour faire tout ça. Il faut mandater les gens pour un travail comme ça parce qu'à ce moment-là, nous sommes rémunérés et nous pouvons y consacrer tout le temps nécessaire. »*

L'un de nos interlocuteurs, rencontré dans le cadre de notre étude préalable et intervenant dans le cadre des formations vaudoises PPMT, soulignait également, en regard de son expérience, les limites du recours au volontariat et à l'engagement personnel, tant au niveau des principaux concernés, les médecins de premier recours qui vont y consacrer leur temps, qu'au niveau de la pérennisation d'un tel dispositif :

> *« Les médecins installés qui s'occupent de l'organisation des séances PPMT et qui interviennent dans ce cadre sont payés par un fonds. Vous comprenez, ils doivent y consacrer du temps : préparer les séances, rédiger les procès verbaux. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'un médecin installé, lorsqu'il ne travaille pas dans son cabinet, il ne gagne pas sa vie. Moi, par contre, si je vais animer une séance PPMT et que j'y consacre du temps, je suis payé, ça entre dans mon temps de travail. Le soutien au démarrage de l'Office fédéral de la santé publique a été très important parce qu'il permet de monter le truc et de montrer son utilité. Après, quand cette aide s'interrompt il est plus facile de se donner les moyens de continuer. »*

Il apparaît, en effet, que les programmes de perfectionnement des médecins s'occupant de la toxicodépendance (PPMT) ont obtenu un soutien de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lors du démarrage. Ce dispositif, rappelons-le, a été un élément déterminant dans la mise en place du projet MedRoTox en Suisse romande.[121]

Si les enjeux relatifs à la formation, que ce soit en termes d'acquisition de nouvelles compétences, d'accès à de nouvelles connaissances, que ce soit en termes de vérification des connaissances acquises, de mises à jour des connaissances ou en termes d'échanges, ne sont plus à démontrer[122], certaines

---

quelque chose … Tu crées du lien en buvant l'apéro après. Donc ces incitations-là, même si ça fait sourire, elles ont de l'importance et, en plus, ce ne sont pas des grosses sommes. »

121 « Sur la base des expériences du PPMT et des recommandations du rapport méthadone de 1995, l'OFSP a mandaté un groupe de travail «Médecins Romands Toxicomanie» (MedRo-Tox) pour formuler des propositions visant à soutenir les médecins dans les autres cantons romands. Les objectifs étaient de motiver un plus grand nombre de médecins à s'occuper de patients dépendants et d'améliorer la qualité de leurs prestations. » In Sophie Arnaud, Frank Zobel (2002). Bilan des projets MedRoTox et MedTiTox. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

122 Ainsi que le relevaient, par exemple, Jean-Alain Dubois et Barbara Broers :

expériences, en particulier dans le cadre du projet MedRoTox, ont permis, dans un bilan très informel et très partiel, d'observer que l'élargissement de l'assise d'une offre de formation à un public plus large est susceptible d'être confrontée à des enjeux pour le moins complexes. Ceux-ci paraissent toutefois déterminants dans la perspective d'un renforcement du rôle des médecins de premier recours au niveau de la prévention secondaire — intervention précoce en particulier — et au niveau de certains traitements.

Notons toutefois que, dans cette perspective, aussi déterminants que puissent être l'acquisition et le renforcement individuel des compétences et des connaissances, elles ne peuvent, à elles seules, être suffisantes. En effet, MedRoTox a également mis en évidence, au niveau romand cette fois, que d'autres facteurs doivent également être pris en compte. Il s'agit en particulier, des conditions d'intégration des médecins de premier recours au sein des dispositifs cantonaux dépendance et de l'organisation des interfaces entre les médecins de premiers recours et leur collègues spécialistes, notamment au niveau du soutien lorsqu'ils rencontrent des situations difficiles. Dans un article dont il a déjà été question ci-dessus, Jean-Alain Dubois et Barbara Broers soulignaient, à ce propos, que « *la formation ne suffit pas, le médecin de premier recours a besoin de s'appuyer sur un réseau spécialisé.* »[123] Ce faisant, il apparaît que les responsables de la chaîne de soins destinés aux addictions — Thalassa et le Centre de traitement des addictions (CTA) — pourraient être amenés à jouer un rôle déterminant dans la perspective d'un renforcement de la participation des médecins de premier recours au sein de la prise en charge des dépendances.

4.5.3. Hôpitaux, médecins de premiers recours et séjours hospitaliers : le processus d'indication comme révélateur d'une insuffisante articulation des acteurs

Un protocole médical prévoit une démarche selon laquelle les patients devraient faire l'objet de diagnostics systématiques par rapport aux dépendances à l'alcool. Cependant, faute de forces suffisantes, moins dans la démarche diagnostic que dans la gestion de l'information obtenue, il semble difficile actuellement de rendre effective cette disposition.

Les séjours hospitaliers aux urgences et en médecine interne devraient faire l'objet de repérages des dépendances dans le cadre de la prévention secondaire et de la prévention précoce. C'est un premier point. Un autre constat mérite d'être relevé. L'indication du recours à un hôpital somatique lors de sevrages physiques devrait être précisée. Bien qu'une évaluation de

[123] Jean-Alain Dubois, Barbara Broers (.) « Enseignement de la médecine de l'addiction : de la sensibilisation à la spécialisation ». In *Revue médicale suisse. La revue de la formation continue*, no 2451. Genève. Médecine & Hygiène.

l'ampleur de ce phénomène soit difficile à établir, il semblerait que trop de lits soient occupés pour des sevrages sans indication de risques au niveau somatique. Formulée par un de nos interlocuteurs, la question qui peut se poser est la suivante :

> *« Est-ce que c'est vraiment la mission de l'Hôpital cantonal d'assumer cette prise en charge ? Je dirai. Non. Je pense que s'il n'y a pas de raison médicale d'un accompagnement en milieu hospitalier. Ce type de prestations devrait être pris en charge dans des structures plus légères. »*

Mais cette question en soulève une autre : celle de l'indication et de sa reconnaissance par l'ensemble des acteurs concernés et en particulier par ceux qui sont externes au dispositif. Nous pouvons légitimement faire l'hypothèse qu'en l'absence d'un engagement suffisant des médecins de premier recours dans la prise en charge ambulatoire des sevrages physiques et d'une reconnaissance des critères d'indication, celle-ci ne pourra pas déployer les effets escomptés sous l'angle des besoins des usagers. Enfin, un certain nombre d'interlocuteurs relèvent une absence de transversalité à l'issue du séjour hospitalier. A cet égard, il semble bien que l'intégration entre le « service orienteur » et les responsables du sevrage doive encore être renforcée.

Sur cette problématique combien complexe, nous devons encore relever une question à laquelle il faudra trouver une réponse adaptée. En effet, le service des urgences relève des situations sanitaires mettant en évidence l'absence d'inscription d'une partie de la population dépendante au sein de la chaîne de soins. Cette situation de marginalité en regard de la structure de soins empêche un repérage et des interventions précoces pouvant éviter la dégradation de la situation sanitaire des populations dépendantes. La prison centrale de même que Thalassa sont confrontées au même type de situation.

4.5.4. Soins communautaires : une réponse possible à la question de l'articulation entre l'offre des dispositifs et les besoins des usagers

Le concept de « réseau de soins communautaires » apparaît comme l'une des pistes les plus intéressantes pour faire face aux différentes difficultés constatées dans l'organisation des soins non-spécialisés à destination des patients confrontés aux dépendances. Ce réseau s'articule autour de trois pôles de compétences complémentaires :

- le pôle ville, composé essentiellement de médecins généralistes ;
- le pôle médicosocial spécialisé composé essentiellement par des compétences accessibles dans les dispositifs ambulatoires ;

- le pôle hospitalier[124] constitué de compétences réunies dans les hôpitaux somatiques et psychiatriques non spécialisés.

a. Le pôle ville

Au sein du pôle ville les médecins de premier recours vont intervenir, ainsi que nous l'avons déjà souligné, au niveau de la prévention secondaire et des interventions précoces. Nous n'y reviendrons pas. Les médecins de premier recours vont également jouer un rôle important au niveau de l'indication dans le cas de la prise charge des traitements liés aux dépendances : orientation vers des structures spécialisées ou prise en charge en cabinet des traitements au niveau d'un accompagnement dans la gestion de la consommation — consommation contrôlée — au niveau du sevrage physique et au niveau de l'accompagnement post sevrage.

b. Le pôle médicosocial spécialisé

Le *second pôle* est constitué par les dispositifs ambulatoires d'accueil et de prise en charge. Leur rôle consiste, d'une part, à assurer un diagnostic, à poser une indication, à offrir des traitements adaptés au niveau du sevrage physique et de l'accompagnement post sevrage de type psycho-socio-éducatif. Une collaboration avec des spécialistes doit également leur permettre d'offrir la prise en charge des comorbidités psychiatriques. Leur rôle consiste, d'autre part, à intervenir auprès des médecins de premier recours en qualité de dispositifs ressources — expertise et soutien — ainsi que dans le cadre de la formation continue. Parallèlement à l'offre de soins, ces dispositifs doivent également être à même d'offrir des prestations au niveau psycho-social, d'où la présence de psychologues, d'éducateurs et de travailleurs sociaux au sein de leurs équipes.

c. Le pôle hospitalier

Le *troisième pôle* vient compléter ce système de soins. L'hôpital somatique constitue l'une de ses portes d'entrée via un travail de repérage lors des hospitalisations et via les interventions des équipes de liaison. Il doit pouvoir assurer des sevrages physiques pour les patients à risques — antécédents de delirium tremens, complications somatiques, etc. L'équipe de liaison doit assurer la transversalité de la prise en charge au moment de la sortie du patient via une coordination avec les acteurs ambulatoires. L'hôpital psychiatrique, quant à lui, devrait intervenir au niveau des sevrages physiques pour les patients à risque au niveau psychiatrique et dans les situations de comorbidités psychiatriques graves. Une équipe de liaison — somaticiens —

[124] Cette typologie a été empruntée à Michel Reynaud (2006). « L'offre de soins en addictologie » in Michel Reynaud (sous la dir. de). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion. Médecine – Sciences. p. 159.

offre un soutien lors d'indication de complications. Le pôle hospitalier peut se décliner selon des niveaux distincts : consultations en addictologie ; unités de soins ; hôpital de jour / hôpital de nuit.

L'adoption d'un tel concept impliquera des ajustements au niveau de la *structure de l'offre* de soins : renforcement des compétences, création d'interfaces et de coopérations productives entre tous les acteurs afin de renforcer son degré d'adéquation avec la demande.

Des expériences menées dans le canton de Neuchâtel et dans le canton de Vaud mettent en évidence la faisabilité de certains de ces ajustements.

Drop-in de Neuchâtel, Saint-Martin à Lausanne et Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie (AVMCT)

Quelques exemples de bonnes pratiques, pas forcément en lien avec les projets MedRoTox nous permettent d'illustrer certaines mesures d'ajustement mises en place dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel.

Dans le cadre du Drop-in de Neuchâtel, différents types de collaboration ont été élaborés et mise en place avec des acteurs de la santé : médecins de premier recours, pharmacien et Hôpital Pourtalès. Ainsi, le Drop-in propose, aux médecins généralistes de ses usagers, un contrat selon lequel toutes les prescriptions de médicaments de type psychotrope sont du ressort du Drop-in, évitant ainsi au somaticien d'être confronté à des demandes auxquelles il est parfois difficile de toujours s'opposer :

« Il est soulagé parce que face aux demandes incessantes de Dormicum, il lui suffit de répondre qu'il a un contrat avec le Drop-in, que c'est eux qui s'occupent de tout le psychotrope et qu'il ne peut donc pas prescrire ce type de médicaments. »

Les responsables du Drop-in ont également mis en place, il y a une quinzaine d'années, un groupe de formation continue destinée aux médecins de premier recours et aux pharmaciens dans le cadre de la prescription et de la distribution des traitements de substitutions. De plus, le Drop-in a créé une structure ressource à leur intention sous la forme d'une « hotline ».

Enfin, le Drop-in et l'Hôpital Pourtalès ont mis au point un protocole de soins pour les hépatites C. Ainsi, le dépistage est effectué au Drop-In et les investigations complémentaires à l'Hôpital. Le patient est ensuite confié aux spécialistes de l'addiction dont la tâche est de le stabiliser au niveau de sa consommation mis à part l'alcool où un sevrage doit être effectué et un suivi durant tout le traitement afin de garantir une abstinence totale. Ce travail effectué, qui peut s'inscrire sur plusieurs mois, le patient retourne auprès des spécialistes à l'Hôpital qui vont pouvoir commencer à lui administrer son

traitement. L'expérience acquise grâce à cette collaboration a permis de renforcer les liens entre l'Hôpital Pourtalès et le Drop-in, favorisant ainsi une meilleure continuité des soins.

En ville de Neuchâtel, le Drop-in — structure médicosociale spécialisée — à mis en place un dispositif bas seuil, le « 13 Ouvert » dont l'objectif est d'offrir, d'une part, une aide à la survie via un accès de type bas seuil à des services divers – repas, soins de base, occupation, conseil et orientation au niveau des dispositifs de soins et de prestations financières et sociales. Ce faisant, le « 13 Ouvert » s'adresse à une population « *marginalisée et présentant des pathologies importantes qui ne pourra être rattaché au tissu sanitaire et social.* » Articulé au Drop-In et disposant d'une équipe pluridisciplinaire — psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers — son objectif est, d'autre part, « *d'approcher de nombreux patients potentiels, d'approcher des personnes en amont d'une démarche de soins, de les rapprocher du réseau socio-sanitaire.* » Le Drop-in s'investit également au niveau de la formation continue à destination des pharmaciens et des médecins de premier recours.

Le canton de Neuchâtel dispose enfin, depuis plus d'une quinzaine d'années, d'une *Commission cantonale des addictions (CCA)* — anciennement *Commission drogues* — dont les membres sont nommés par le Conseil d'Etat[125] qui, dans le cadre de ses activités a élaboré des recommandations en matière de prévention des conduites addictives et en matière de soins à l'intention des autorités politiques et des professionnels concernés. L'un de nos interlocuteurs, tirant un bilan positif de cette expérience, souligne que :

> « *Ça a permis une coordination de l'approche extrêmement intéressante, alors qu'auparavant chacun tirait dans son coin. Ça a surtout permis à chacun de mieux se connaître, de mieux se respecter et ça nous a permis de faire des travaux extrêmement intéressants. Grâce à l'étude que l'institut de sociologie de l'Université de Neuchâtel a effectuée sur notre mandat sur les overdoses, nous avons pu faire chuter de manière drastique les overdoses avec des choses concrètes.* »

Saint-Martin, à Lausanne — structure médicosociale spécialisée — a constitué, en son sein, une structure ressource au niveau socio-éducatif destinée aux médecins de premier recours de la région lausannoise par des interventions au niveau de la relation avec le patient — information/formation ; médiation — au niveau de certains aspects de la gestion des dossiers au niveau de certaines prestations sociales complexes — mise en lien, accompagnement social du patient — et au niveau administratif :

[125] Figurent notamment au sein du CCA : Chef de l'application des peines ; responsables des structures ambulatoires et résidentielles du canton en matière de prise en charge des dépendances psychotropes légales et illégales ; Président de Tribunal ; commandant de la police cantonal ; chef du service des mineurs et des tutelles ; juge d'instruction ; Associations ; Chef du service des établissements spécialisés ; Délégué à la promotion de la santé ; pharmacien cantonal, médecin cantonal ; chef du service de l'action sociale.

> *« Ce que nous avons réalisé, c'est qu'un médecin installé qui suit une personne toxicodépendante va devoir gérer les problèmes de dépendances de son patients, le psychologique, le somatique, les prescriptions, mais également les difficultés sociales pour lesquelles il faut des ressources pour faire le liens avec les assistants sociaux, régler certains aspects administratifs, visiter des institutions, etc. Il n'a pas ses ressources en cabinet. Nous on lui offre ses ressources avec notre " aide au suivi " et on peut lui apporter aussi une aide socio-éducative dans la construction du cadre thérapeutique. On pourra apprendre — apprendre entre guillemets — à un médecin qui n'a pas l'habitude de poser un cadre, pourquoi un cadre est utile, pourquoi il faut mettre des règles, pourquoi il ne faut pas donner la méthadone une fois par mois, mais tous les jours (…) »*

L'objectif d'un tel dispositif est de favoriser la prise en charge des patients de Saint-Martin par les médecins de premier recours au niveau de certaines prestations – dont la prescription de méthadone. En cas de difficulté, il est prévu que Saint-Martin reprenne temporairement le patient et, après avoir stabilisé la situation, propose un retour chez le médecin généraliste. Il en va de même au niveau des pharmaciens qui interviennent dans les traitements de substitution.

Au niveau du canton de Vaud, les médecins de premier recours disposent dans le cadre de *l'Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie* (AVMCT) — les jeunes médecins qui viennent de s'installer en sont les principaux destinataires —, en cas de problèmes ou de difficultés dans la prise en charge de patients dépendants, d'une écoute (écouter, rassurer, réconforter), de personnes ressources voire d'un coaching via la mise en place de consultations communes. L'AVMCT propose également une aide au niveau des relations avec les caisses maladies, par rapport aux problèmes de remboursement auxquels ils tendent à être confrontés avec ce type de patients.

4.5.5. Processus d'indication : un processus d'élaboration trop fragmenté

Le processus d'indication est une procédure formalisée destinée à proposer la plus forte congruence entre les besoins de l'usager et le traitement proposé, spécialisé et/ou non-spécialisé (bio-psycho-socio-éducatif). La bonne personne au bon endroit au bon moment et pour une bonne durée, tel est l'enjeu essentiel du processus d'indication. Dès lors, il s'agit de concevoir un ensemble de coordinations et de coopérations, c'est-à-dire d'articulations efficaces entre services spécialisés et services non spécialisés assurant la meilleure prise en charge.

Nos entretiens ont mis en évidence certains biais dans le cadre de la réflexion et de l'élaboration du dispositif d'indication : identification des acteurs concernés ; connaissances fragmentées des besoins au niveau de l'offre globale à mettre en place et de son organisation ; dispersion et difficultés de synchronisation des démarches sectorielles engagées (réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) ; groupe psychiatrie forensique ; groupe RPT, etc) ; mise en œuvre de la « chaîne addiction » (CTA, Thalassa)

dans le cadre du RFSM ; tentation de régler les problèmes de gouvernance interinstitutionnelle par des procédures bilatérales laissant en marge l'essence même du processus d'indication (exemple : gestion multiacteurs et multiniveaux des crises addictives entre hôpitaux somatiques et hôpital psychiatrique).

Dans ce contexte deux problématiques importantes sont posées :

- l'identification de *l'offre de mesures* pertinentes et adaptées à chaque cas dès la phase de conception du processus d'indication ;
- la mise en place précoce d'un *dispositif de coordination* également en amont de la phase de mise en œuvre.

Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en place d'une procédure d'indication, l'évaluation de l'offre devrait permettre un arbitrage entre les intérêts des uns et des autres, à commencer par ceux des bénéficiaires. Ambros Uchtenhagen, rappelle, à ce propos, les contraintes relatives aux objectifs de l'indication : »

> *« Vouloir identifier et offrir à la majorité des personnes concernées un traitement aussi approprié que possible implique de disposer d'offres thérapeutiques adéquates et suffisantes tant en nombre qu'en qualité. En découlent des exigences de qualité à l'égard des diverses institutions (…) »*[126]

A défaut, le processus court le risque de limiter sa portée et de réaliser essentiellement l'objectif d'une optimalisation des ressources et à la maîtrise des coûts. Ce pose ainsi à nouveau, dans le cadre du « *pilotage* » et du suivi des prises en charge individuelles, l'**indication** et le **case management** — gestion des cas.

En effet, une prise en charge de type « intégratif » repose, sur une évaluation globale des usagers (médico-psycho-sociale) au moment de leur entrée au sein d'un dispositif — *porte d'entrée unique*. Ainsi, l'indication aura pour objet, à partir de l'évaluation initiale, de définir le type de prise en charge — bio-psycho-socio-éducatif — qui soit le plus adapté aux besoins de l'usager, compte tenu de l'offre de mesures susceptibles d'être mobilisées. Au-delà de l'indication, se pose la problématique de l'organisation de la trajectoire des usagers au sein du dispositif. Il s'agit, en effet, de favoriser, d'une part, leur *compliance* avec les différents intervenants ainsi que leur *rétention* au sein du dispositif. Il s'agit, d'autre part, d'éviter le morcellement de la prise en charge par la mise en place d'un mode de gestion susceptible de coordonner les interventions des différents acteurs en regard des objectifs initiaux et en regard de l'évolution des besoins des usagers, de les réévaluer et de les réorienter.

Alain Morel et Jean-Pierre Couteron soulignent que :

[126] Ibidem. p. 13.

> *« Les différents axes d'action, les multiples acteurs et les logiques différentes sont autant de facteurs de dispersion et de perte du fil du projet initial. C'est pourquoi l'organisation de ce type d'accompagnement passe par la mise en place d'un case manager, un référent-coordinateur (par exemple un éducateur spécialisé d'une institution spécialisée) formé à cette tâche (...) »*

La notion de « case management » devrait toutefois être précisée dans la mesure où, selon les tâches confiées à son responsable, il ne pourra qu'être issu du domaine médical spécialisé. En effet, ainsi que le souligne R. Tempier, il s'agit de distinguer, selon sa typologie, le « *case management clinique* » du « *case management dit de courtage* ». Dans le premier cas, son responsable « *détermine le traitement et le coordonne avec les autres services ou traitements, constitue un lien humain entre un patient et un système, et surtout délivre un traitement individualisé et des soins basés sur une relation thérapeutique* »[127], alors que dans le second cas, il va limiter son action à celle d'une coordination des services. L'auteur précise toutefois que si le « case management dit de courtage » peut être confié à un non professionnel de la santé, il n'en demeure pas moins que le partenariat « case manager – professionnel de la santé » constitue « *un élément fondamental de cette pratique, car ils forment la cellule de base de l'équipe.* »

4.6. L'environnement social non spécialisé et les dispositifs de traitement des personnes dépendantes

L'insertion, qui relève de la prévention tertiaire, constitue l'un des axes déterminants de la prise en charge non spécialisée des personnes dépendantes. Déclinée sous des formes diverses — insertion sociale, insertion professionnelle, insertion au logement, etc. — et selon des objectifs distincts, elle relèvera, au sein des trajectoires individuelles, en regard des différentes étapes de prise en charge, de la réduction des risques, de la prévention secondaire ou de la prévention tertiaire. Dans le cadre de l'insertion sociale, les interventions mobilisées auront pour objet les réseaux de solidarité primaire — famille, amis, copains, voisins, etc. — ainsi que secondaire — aide sociale, institutions diverses, services de l'Etat, etc. Dans le cadre de l'insertion professionnelle, les objectifs des prestations relèveront de l'accès à la formation, de l'accès et du maintien à l'emploi, ainsi que de l'accès à l'occupation. Dans le cadre de l'insertion au logement, la prise en charge et l'accompagnement des usagers va s'inscrire au sein d'une offre de logements qui relève du logement d'urgence, du logement transitoire et du logement stable.

L'organisation des interfaces entre les dispositifs ambulatoires et résidentiels de prise en charge des personnes dépendantes et l'offre de l'environnement social non spécialisé constitue une problématique majeure au niveau de l'insertion sous ses différentes formes. En corrélation se pose la problématique de la

[127] R. Tempier (2004). « Le Case Management : une façon efficace de suivre des personnes atteintes de psychose au long cours ». In *Socrate Réhabilitation*. www. Espace-socrate.com

structure de cette offre, à la fois au niveau quantitatif et au niveau qualitatif et de son degré d'ajustement à la demande. Les conditions d'accès aux différentes structures qui la composent, ainsi que la gestion de la consommation de substances dans le cadre de la prise en charge relèvent de l'articulation entre population cible et objectifs de prise en charge. Dans ce cadre, nous avons pu observer, d'une part, qu'une offre d'insertion socio-professionnelle à haut seuil d'exigence paraît se justifier aux yeux d'une majorité d'acteurs.

Il est apparu, d'autre part, qu'une telle offre n'est pas en mesure d'offrir un accès et une prise en charge adaptés aux besoins de populations à plus faible autonomie, plus fragiles et plus instables, confrontées à des comorbidités et pour une partie d'entre elles consommatrices selon des comportements d'usage divers. Dans un article récent, Jean-Marie Coste et ali. relevaient, à propos de la prévention tertiaire, que :

> *« L'intégration socio-professionnelle du patient, en favorisant son implication dans les offres existantes de (ré)insertion qui permettent de le soutenir face à sa problématique d'addiction et d'en limiter les conséquences négatives, doit être encouragée. »*[128]

L'ajustement de l'offre au sein de l'environnement social non spécialisé va ainsi constituer un élément clé de l'élaboration d'un dispositif de prise en charge des dépendances. Dans cette perspective, les questions relatives aux ressources ainsi qu'aux synergies entre cet environnement et les dispositifs de traitement spécialisé vont être déterminantes. Ainsi, les enjeux d'un élargissement de l'offre à certaines catégories de populations sont lié à :

- la consommation de substance dans le cadre de la prise en charge ;
- la prise en charge de situations de comorbidités ;
- la prise en charge de situations de plus ou moins grande désinsertion, voire d'exclusion — notamment au niveau social, sanitaire, professionnel, administratif ;
- l'absence d'autonomie ;
- l'absence de projet, voire de perspectives, notamment au niveau professionnel et au niveau du logement.

Dans le cadre de la prise en charge de ces populations, l'adéquation de l'offre par rapport à la demande va dépendre, d'une part, des ressources dont disposent les différentes structures en termes d'encadrement, de formation de leurs intervenants ainsi que du savoir-faire et de l'expérience acquis. Elle va dépendre, d'autre part, de l'offre de liaison mise en place — spécialisée et non spécialisée —, des conditions de sa mobilisation ainsi que de sa capacité à répondre à ses besoins. Elle va dépendre, enfin, de la capacité de ses prestataires à s'inscrire au sein d'une approche transdisciplinaire.

[128] Jean-Maire Coste et ali. (2007). *Rapport d'activité 2006.* Neuchâtel. Drop-in.

Ainsi, la capacité d'intégration de l'offre d'insertion socio-professionnelle et d'insertion au logement existante au sein d'un dispositif de prise en charge des dépendances dans le cadre du référentiel du « *cube* » va être conditionnée à celle de ses prestataires d'ajuster leur offre — en particulier au niveau de ses objectifs, de ses concepts de prise en charge et des mesures et moyens mis en œuvre — et leur mode de collaboration avec les structures ambulatoires et résidentielles spécialisées, ainsi qu'avec les structures de liaison.

Nous nous limiterons toutefois, dans le cadre de ce rapport, au traitement de quelques aspects relatifs à cette problématique très complexe. La question du logement a retenu ici particulièrement notre attention dans la mesure où son accès, selon des modalités diverses et au titre de divers degrés de stabilité, va constituer, au sein des trajectoires individuelles, un enjeu majeur de l'insertion. Nous n'aborderons, en revanche, que très succinctement la problématique de l'insertion professionnelle dans la mesure où elle ne paraît pas constituer, au stade actuel de la réflexion, un enjeu majeur aux yeux de nos interlocuteurs.

4.6.1. Les dispositifs de logement et d'hébergement d'urgence : des acteurs importants de la prévention, mais des ressources insuffisantes

Sur le plan du logement et des dispositifs d'hébergement d'urgence, deux enjeux fondamentaux peuvent être identifiés : le renforcement du rôle des structures résidentielles d'urgence dans le cadre de l'intervention ; l'amélioration du dispositif d'insertion-logement.

a. L'hébergement d'urgence

Les dispositifs de type « Sleep-in » constituent des lieux, parmi les mieux placés, pour mener un travail de prévention — secondaire — et de réduction des risques. Il conviendrait de sensibiliser les responsables de ces institutions aux enjeux de la prévention et de la réduction des risques afin de renforcer leur rôle et de mettre en place des dispositifs de type ambulatoire susceptible d'offrir, aux usagers dépendants, en particulier ceux très désinsérés, notamment par rapport au système de soins, l'accès à des consultations sanitaires et sociales. De même, pour les populations plus jeunes, un tel dispositif permettrait de favoriser une prise en charge précoce.

Le logement d'urgence n'a pas vocation à devenir une structure intermédiaire dans la mesure où elle s'inscrit dans une précarité d'accès (pas d'accès 24 h sur 24h, capital-nuit limitée) et parce qu'elle ne dispose pas d'un encadrement de type bio-psycho-socio-éducatif. Ce faisant, les sleep-in constituent l'un des acteurs majeurs du repérage et une des voies d'accès au

dispositif en particulier au niveau de son réseau de soins : « *mission d'approche des patients en situation de précarité, en lien avec les autres dispositifs de réponse à la précarité et à l'exclusion.* »[129] Dans le contexte fribourgeois un dispositif tel que La Tuile est susceptible d'offrir des conditions favorable à des interventions dans le cadre de la réduction des risques et de l'intervention précoce. Toutefois, ainsi que le soulignait l'un de nos interlocuteurs, « *La Tuile, n'a pas un encadrement de type bio-psycho-socio-éducatif, c'est le gîte et le couvert. En d'autres termes, c'est le bas seuil sans accompagnement.* » Faut-il envisager un renforcement de l'encadrement de La Tuile ? Il apparaît que plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Ainsi, certains de nos interlocuteurs considèrent que La Tuile pourrait être mobilisée dans le cadre de l'offre résidentielle destinée à la prise en charge des trajectoires post-crise de type « bas seuil ». Ce faisant, une professionnalisation de son encadrement, dans une perspective psycho-socio-éducative deviendrait alors inévitable. Dans uneautre hypothèse, La Tuile pourrait être investie par une équipe mobile mise en place par le dispositif dépendance, à la fois dans une perspective de prévention — intervention précoce — et dans une perspective de réduction de risques — offres de prestations de base, accroche. Ce faisant, il n'y aurait pas lieu de professionnaliser l'encadrement de cette structure.

L'hypothèse d'une mobilisation de La Tuile dans une perspective de réduction des risques devra prendre en compte la problématique de la consommation de produits psychotropes. En effet, celle-ci y est interdite, ainsi que dans une majorité de structures identiques, et le non respect de cette interdiction est susceptible d'entraîner une exclusion temporaire. En effet, ainsi que nous l'avons souligné, l'intégration au sein d'un dispositif de prise en charge des dépendances dans le cadre du référentiel du « *cube* » va poser aux structures d'hébergement d'urgence non pas une problématique de consommation, mais celle de sa gestion et, ce faisant, celles relatives aux conditions d'accès, à sa population cible et à ses objectifs.

La question des modalités d'intégration de la consommation de substances au sein de l'offre d'hébergement d'urgence est une problématique complexe, ainsi que le met en évidence l'exemple genevois. Les services sociaux de la Ville de Genève ont en effet été confrontés, il y a quelques années, dans le cadre de l'« Abri de secours d'hiver » destiné à l'hébergement d'urgence durant la période hivernale, à cette problématique :

> *« Cette année, nous avons décidé d'appliquer strictement le règlement et d'interdire toute consommation. Nous avons pensé, dans un premier temps, que c'était gérable. Mais nous nous sommes rendus compte, qu'avec une limite d'accès à 21.00 heures et l'impossibilité de ressortir une fois inscrit jusqu'au matin — l'abri se situant au-dessous d'un collège —, que, pour certaines*

[129] Michel Reynaud (2006). « L'offre de soins en addictologie ». In Michel Reynaud (sous la dir de). Traité d'addictologie. Paris. Flammarion. Médecine-Sciences.

personnes et certains types de consommations, c'est beaucoup trop long. Nous avons constaté que parmi ces personnes qui ne peuvent pas ne pas consommer certains s'échangent les seringues et consomment dans de très mauvaises conditions. Finalement la situation est pire encore. Nous avons donc mis en place un groupe de réflexion pour essayer de trouver une solution. Nous avons parfois jusqu'à 25 toxicomanes dans la même nuit. Nous avons plusieurs pistes : exclure complètement les toxicomanes — que nous excluons a priori comme solution ; accepter une heure d'entrée plus tardive pour les toxicomanes, mais difficile à réaliser ; accepter l'idée d'un local d'injection sur place, créer une structure réservée aux toxicomanes, etc. »[130]

b. L'insertion-logement

Dans les ajustements de l'offre résidentielle, Pablo Sanchez-Mazas et Catherine Ritter mettent également en évidence la question de l'accès au logement : mise en place d'une offre de logements protégés. Cette problématique est particulièrement importante dans la mesure où, ainsi que nous l'avons montré dans plusieurs rapports de recherche, cette population figure parmi les candidats considérés par les gestionnaires de l'offre comme figurant parmi les plus « à risques » que ce soit au niveau *financier* — paiement du loyer et des charges, endettement, revenu de transferts —, au niveau des *relations de voisinage* — crainte de conflits de voisinage, en particulier — et au niveau de la *gestion de l'objet loué* — dégâts, mauvais entretiens.[131]

La mise en place de dispositifs d'accompagnement social — *dans* le logement, *en matière d'*habiter et *par* le logement — ainsi que d'une offre de logements transitoires de longue durée permettent à ces populations exclues du marché du immobilier locatif l'accès et le maintien au logement. Un dispositif comme « *Casanostra* » à Bienne — forme de gérance sociale — qui dispose d'une centaine de logements dont une soixantaine au sein de trois immeubles dont elle est propriétaire est particulièrement intéressant. En effet, « *Casanostra* » compte, parmi ses locataires, des personnes confrontées à des problèmes d'addiction ainsi qu'à des problématiques de type psychiatriques. La mixité des profils de ses locataires, un travail d'accompagnement au sein du logement par ses travailleurs sociaux — plusieurs fois par semaine (A), une fois par mois (B), à la demande (C) — ainsi qu'un travail important de réseau avec les dispositifs spécialisés de la Ville et du canton parviennent, d'une part à prévenir une ghettoïsation de ses immeubles.

---

130 Propos que nous avons recueillis auprès d'un responsable des services sociaux de la Ville de Genève dans le cadre d'un mandat « SDF » pour le canton de Vaud en mars 2007.

131 Antonio Da Cunha, Olivier Schmid, Adrien Vaucher (2005). Marginalité urbaine, accès au logement et aide social. Etude de cas : Neuchâtel, Le Locle, La Chaux-de-Fonds. Antonio Da Cunha, Olivier Schmid (2007). Exclusion urbaine et logement : de l'urgence au système "D". Vers une approche préventive. (2007). Sans domicile fixe. Figures, trajectoires et politiques. Observatoire de la Ville et du développement durable. (2008). Logement en milieu ouvert. Analyse des prestations en matière d'accompagnement social. Observatoire de la Ville et du développement durable. Université de Lausanne. Faculté des géosciences et de l'environnement.
Olivier Schmid (2008). La Tuile : projet de logements transitoires. Evaluation d'un projet. Rapport provisoire. Sous embargo.

Dans le processus cumulatif de l'exclusion, la perte du logement et son éloignement durable favorisent l'apparition, voire l'amplification d'autres types de handicaps, que ce soit au niveau des conditions de vie — en particulier de la santé — qu'au niveau des ressources des individus. Si l'offre d'un hébergement d'urgence — Sleep-in — va jouer un rôle important, en particulier, grâce à une accessibilité à très court terme, il s'agit toutefois d'éviter une sédentarisation des usagers au sein d'une offre qui se caractérise par sa très forte précarité — non accès 24 heures sur 24 ; capital nuits limité. Inscrit dans la durée, le logement d'urgence entraîne la perte de la domiciliation, marquant ainsi l'entrée dans la carrière de « *Sans domicile fixe administratif* » dont une des conséquences est un renforcement des handicaps dans l'accès au logement. En effet, la perte de la domiciliation entraine celles de droits sociaux qui lui sont associés, en particulier au niveau de l'aide sociale.

Dans certains cantons, comme Fribourg, la perte de la domiciliation entraîne celle du droit aux prestations financières de l'aide sociale — passage à l'aide d'urgence. Ce faisant, et sachant que le revenu constitue le premier facteur pris en compte par les bailleurs dans la médiation de l'offre et de la demande, la perte de la domiciliation et ses conséquences au niveau des revenus de transfert entrainent un éloignement durable du logement. La crainte de certaines communes d'être l'objet d'un tourisme social peut se traduire par des fortes réticences, voire par un refus d'accorder une garantie le loyer — condition sine qua non d'un accès à un bail en l'absence de revenus. La perte de la domiciliation entraîne également la perte des prestations complémentaires, notamment au niveau de l'assurance invalidité. Aussi la mise en place d'une offre de logements transitoires aura pour objet de prévenir l'installation dans une carrière de « *Sans domicile fixe* » ou d'en favoriser la sortie. L'exemple « *d'Alamo* » (Apprentissage au Logement et à l'Autonomie en Milieu Ouvert) mis en place durant l'été 2005 dans le cadre de la « Nouvelle politique communale du logement» de la Ville de Lausanne peut être intéressant. Confié à l'Association du Relais à Morges, ce dispositif a pour objet l'insertion au logement — accès et maintien au logement stable à une population sans domicile fixe grâce à un accompagnement social — dans le logement, par le logement, en matière d'habiter — dont le terme est l'accès à un bail ou le recours au bail glissant. La prise en charge de ses usagers s'inscrits dans une perspective bio-psycho-socioéducative. Un travail de réseau permet à son responsable une approche globale — santé, situation sociale, situation administrative et financière, formation, emploi, occupation, etc.

4.6.2. Mise en place d'une offre d'occupation adéquate : articulation entre l'insertion socio-professionnelle et l'occupation

Des recherches récentes effectuées sur des populations bénéficiant d'un traitement de substitution à la méthadone montrent que les populations dépendantes sont fortement éloignées du marché du travail notamment en raison de problématiques sanitaires extrêmement aiguës. Ces résultats renvoient à la recommandation de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) selon lequel « la dépendance aux opioïdes devait être considérée comme une maladie chronique avec des conséquences neurobiologiques et neurophysiologiques, soit à un trouble de santé amené à durer dans le temps. »

Cette série de constats pose une problématique spécifique en termes d'insertion socio-profesionnelle. En effet, lorsque la distance à l'emploi devient trop importante le recours à de dispositifs occupationnels devraient être envisagé. De notre point de vue cette question devrait être débattue dans le cadre de la RPT.

Des recherches menées dans le canton de Vaud (F. Zobel, 2005) auprès des usagers des dispositifs du service « bas seuil » arrivent au même type de questionnement :

> *« Ce qui est le plus problématique c'est la question de l'emploi : la grande majorité sont des sans emploi. Il s'agit d'une personne croissante, ils sont souvent sans emploi depuis très longtemps et la grande question est : que va-t-on faire ? »*

Cette situation ne se pose certainement pas dans les mêmes termes et à la même échelle dans d'autres types de dépendance. Malheureusement, faute de données suffisantes, nous ne pouvons pas évaluer les besoins en matière d'insertion pour l'ensemble des usagers des dispositifs étudiés.

4.7. Etablissements fermés et dispositifs de traitement des personnes dépendantes : enjeux et perspectives

Au sein de la population dépendante, nombre de trajectoires individuelles vont être marquées, selon divers régimes possibles, par des séjours de plus ou moins longue durée au sein d'établissements fermés : détention préventive ; exécution de sanctions pénales ; exécution de mesures pénales — traitement des addictions (art. 60 CPS) ; traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS) — ; privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa). A l'origine, différents types de délits dont une part importante en lien avec le financement de la consommation — trafics, brigandages, vols, etc. Certains types de comportements peuvent également entraîner un enfermement, que ce soit lié à la consommation — consommation massive (alcool), mise en

danger de soi[132], aliénation par rapport au produit — ou à une comorbidité psychiatrique, par exemple.

Certains auteurs soulignent que les épisodes d'enfermement doivent être considérés comme autant d'indicateurs, au sein des trajectoires des personnes dépendantes, d'une péjoration de leur situation : « *L'arrestation témoigne souvent d'un moment de crise, aboutissement d'un processus incontrôlable en cours depuis plusieurs semaines ou mois où l'usage de la drogue finit par réduire à néant les ressources socio-économiques et atteindre sévèrement la santé du patient.* »[133] Ce faisant, il apparaît que l'intégration des établissements fermés au sein du dispositif dépendance apparaît comme un enjeu important.

4.7.1. Etablissements fermés, dépendances et comportements d'usage de consommation : principaux enjeux

Les principaux enjeux relatifs à la prise en charge des personnes dépendantes au sein des différents types d'établissements fermés sont liés, d'une part, à la dépendance, ainsi qu'à des comportements d'usage de consommation durant le séjour : prévention secondaire (interventions précoces) ; traitements (maintien ou mise en place) ; réduction des risques. Ils relèvent, d'autre part, de la promotion de la santé : accès à des soins de base et à des soins d'urgence (personnes fortement précarisées), insertion au sein d'un réseau traditionnel de soins, dépistage et prise en charge de certaines pathologies de type somatique ou psychiatrique.

Prévention secondaire : l'intervention précoce en milieux fermés

Il apparaît que l'intervention précoce, en termes de prévention secondaire, peut être menée au sein des établissements fermés. Dans ce cadre, la mise en place d'un traitement de substitution peut constituer l'un des objectifs de la prise en charge. Pour les situations au sein desquelles un traitement de maintenance est en place, la rétention des personnes dans le traitement constitue alors un objectif. Sur demande expresse du patient, un sevrage peut être mené. Il n'est toutefois pas indiqué. En effet, ces établissements ne sont pas les lieux les plus adaptés pour un

[132] « Nous appliquons un critère. Toute personne qui fait deux overdoses dans un laps de temps de trois mois, nous l'envoyons à La Sapinière. Nous demandons une privation de liberté ordinaire et nous obtenons son placement. Quand une personne ne peut plus contrôler ses consommations, nous sommes au-delà du craving, nous parlons alors d'aliénation. Le patient est soumis au produit dont il a perdu le contrôle. Est-ce que je dois l'enfermer à l'hôpital, ce n'est pas le rôle de l'hôpital ? Quelle est la structure capable de maintenir quelqu'un en état de sevrage forcé dans le canton ? C'est La Sapinière. »

[133] M. Benmebarek, D. Delessert, B. Gravier (2004). *Prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes dans le système pénitentiaire vaudois*. Lausanne. Département de la santé et de l'action sociale. Département de psychiatrie/CHUV.

sevrage, de même, il s'agit de prévenir les risques d'overdoses, que ce soit durant le séjour ou au moment de la sortie :

> *« Par le passé, de nombreux décès de patients ayant demandé ou subi un sevrage pendant leur détention ont pu être constatés dans les semaines suivant la libération, raison pour laquelle l'attitude du SMPP (Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires) a évolué en la matière. Malgré ce constat, certains patients se sentent protégés par les murs de la prison, demandent à réduire la dose de méthadone, voire à l'arrêter. En l'absence de véritable projet, le SMPP cherche à dissuader le patient qui reste toutefois seul maître de sa décision, dans le respect du contrat thérapeutique signé. »*[134]

La mise en place d'un traitement de substitution lors de séjours au sein d'un établissement fermé peut également favoriser, pour les personnes très précarisées, un processus d'insertion dans la mesure où, au moment de la sortie, ils peuvent « *faciliter une intégration dans un réseau de soins après l'incarcération.* »[135] Dans le cadre des trajectoires individuelles, ainsi que le soulignent Bruno Gravier et Messaoud Benmebarek, chaque séjour au sein d'un établissement fermé devrait être investi dans une perspective d'intervention précoce et de promotion de la santé : « *Les incarcérations récurrentes de certains doivent pouvoir aussi être pensées comme autant de moments permettant de progresser en mettant à distance le déni de la consommation pour conduire à une action décisive pour la santé. »*[136]

Réduction des risques en milieux fermés

La prophylaxie des infections — HIV, hépatites B et C, etc. — constitue un axe majeur de la réduction des risques en milieu fermé. Dans un sondage réalisé au sein de 39 établissements pénitentiaires de Suisse, la prévalence de l'hépatite C (HCV) se montait à 6.9 %. Une étude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique sur l'épidémiologie infectieuse dans les prisons du canton de Vaud (2002 à 2004) et portant sur un échantillon de 352 personnes a permis de montrer que la prévalence du VIH s'élevait à 1.1 % au sein de la population d'enquête (questionnaire et prise de sang), de 28.8 % pour l'hépatite B (HBV) et de 9.5 % pour l'hépatite C (HCV).

La consommation de produits psychotropes par voies intraveineuses, l'échange de seringues, de même que les relations sexuelles non protégées constituent les principaux facteurs de risque. Or, l'étude vaudoise a également permis de mettre en évidence que « *près d'un détenu sur cinq consomme des produits addictifs en prison* », de même qu'elle a confirmé que « *des relations sexuelles non protégées ne sont pas exceptionnelles en prison, malgré un accès assez large au*

---

134 Ibidem.

135 Catherine Ritter (2008). « L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés : un champ d'application pour la politique de la drogue. » In *Dépendances.* Lausanne. GREA et ISPA.

136 Bruno Gravier, Messaoud Benmebarek (2008). « Enfermement et addictions : quelle place pour les soins. In *Dépendances.* Lausanne. GREA et ISPA.

préservatif. »[137] L'un des objectifs du programme national contre le sida de L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui devra être mis en place d'ici 2010 consistera à garantir, en matière thérapeutique et de réduction des risques, une offre équivalente en milieu carcéral à celle prévalant à l'extérieur. L'OFSP a ainsi formulé une série d'objectifs stratégiques :

- « réduction des risques de transmission au sein des établissements pénitentiaires ;
- réduction des risques de transmission du milieu carcéral vers l'extérieur, et invérsement ;
- pour les maladies infectieuses, offre équivalente à celle de l'extérieur en matière de dépistage, de prévention, de conseil, de thérapie et de soins ;
- pour la toxicodépendance, offre équivalente à celle de l'extérieur en matière de thérapie ; garantie de durabilité des mesures et instruments mis en place. »[138]

Actuellement les mesures de réduction des risques au sein des établissements fermés varient d'un canton, voire d'un établissement à l'autre. Parmi les principales mesures de prévention des maladies infectieuses figurent notamment la distribution de préservatif, l'accès et la diffusion d'information, la remise de matériel de désinfection, la distribution et l'échange de seringues, le dépistage des maladies infectieuses. Au niveau de la consommation de produits psychotropes, le maintien des traitements de substitution ainsi que la mise en route de traitements, nous l'avons vu, peuvent constituer des mesures préventives face aux risques de surconsommation :

> *« La poursuite des cures de maintenance à la méthadone pendant toute la durée de la détention est l'attitude recommandée. Elle vise essentiellement la prévention des surconsommations aussi bien en prison qu'à la libération. Par le passé, de nombreux décès de patients ayant demandé ou subi un sevrage pendant leur détention ont pu être constatés dans les semaines suivant la libération. »*[139]

La remise de matériel de désinfection tend à apparaître, au sein des évaluations, comme une mesure plus consensuelle que la distribution de seringues qui constitue la mesure de prévention la plus contestée en milieu carcéral. En effet, cette dernière « *ébranle directement l'autocompréhension professionnelle des collaborateurs des prisons. En particulier, la contradiction du devoir de sanction et de l'interdiction de consommer des drogues.* »[140] Dans une étude récente publiée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, ses auteurs relèvent qu'une politique de prévention des infections à

137 Thérèse Huissoud et alii. (2007). Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2006. Cahier 1. Lausanne. IUMSP.

138 Stefan Enggist (2008). « Projet "Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral (LUMMIC)" ». In *Dépendances.* Lausanne. GREA et ISPA.

139 M. Benmebarek, D. Delessert, B. Gravier (2004). *Prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes dans le système pénitentiaire vaudois*. Lausanne. Département de la santé et de l'action sociale. Département de psychiatrie/CHUV.

140 Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen (2000). *Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral*. Evaluation soutenue par l'Office fédéral de la santé publique. Institut de recherche sur les addictions.

l'encontre des pratiques d'injection en milieu carcéral axée sur la distribution de « *kit de prévention* » — comprenant notamment une solution antiseptique, des tampons cellulose ainsi que des préservatifs et des pansements —, telle qu'appliquée dans le canton de Vaud, « *reste insuffisante eu égard au risque représenté par la réalité infectieuse. Il apparaît aussi que les prisons ne peuvent plus faire l'économie d'une possible remise de matériel d'injection, comme c'est le cas dans une dizaine d'établissements en Suisse.* »[141]

L'évaluation des expériences de distribution de seringues menées au sein des établissements de Hildenbank dans le canton de Berne et de Realta dans celui des Grisons, ainsi que le rappellent Thomas Karger et alii, ont permis de constater que la consommation de drogue n'y a pas augmenté. L'évaluation menée dans le canton de Genève, à la prison de Champ Dollon, paraît aboutir à un constat similaire. En effet, ses auteurs observent que « *la plupart du temps, la consommation diminue en prison, lieu de répit et, de fait, le système de remise de matériel est moins utilisé que ce que l'on pourrait imaginer, compte tenu du grand nombre estimé de consommateurs à l'entrée.* »[142] Dans ce canton, la remise de matériel d'injection est effectué par le service médical et a lieu au moment de la distribution des médicaments par l'infirmier. Un premier entretien est effectué avec le personnel médical au cours duquel une demande devra être formulée. Suite à cet entretien, la remise pourra débuter dans le délai de 24 heures au maximum. L'échange de seringues a lieu à la demande du détenu. Thérèse Huissoud et alii. soulignent que la pratique genevoise, malgré une perte de confidentialité « *le gardien peut voir qu'une seringue est remise, même si cela se fait discrètement, semble n'avoir pas posé de problème.* »[143]

Ces enquêtes ont toutefois permis de montrer qu'une recherche de solutions plus consensuelles peut constituer une approche susceptible de favoriser la mise en place de certaines mesures, compte tenu des fortes réticences à leur encontre en milieu fermé :

> « *La compatibilité difficile entre le mandat pénal et le mandat de santé suggère que les approches de prophylaxie des infections qui ont été tentées et qui ont fait leur preuve en dehors du système pénitentiaire ne peuvent pas être simplement transposées tel quel. L'adéquation aux prisons correspond plutôt à des solutions consensuelles qui tiennent compte des exigences contradictoires du mandat pénal et du mandat de santé.* »[144]

---

141 Thérèse Huissoud et alii. (2007). Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2006. Cahier 1. Lausanne. IUMSP.

142 Thérèse Huissoud et alii (2006). *Evaluation des activités de prévention du VIH/SIDA dans le canton de Genève, 2005.* Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

143 Thérèse Huissoud et alii (2006). *Evaluation des activités de prévention du VIH/SIDA dans le canton de Genève, 2005.* Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

144 Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen (2000). *Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral*. Evaluation soutenue par l'Office fédéral de la santé publique. Institut de recherche sur les addictions.

Au niveau des détenus, il convient également de prendre en compte une certaine « *culture du tabou*»[145] pouvant constituer un obstacle à la prévention. Ainsi, l'accès de manière anonyme et discrète à certaines mesures mises en place pourrait être envisagé. C'est par exemple le cas de l'accès aux préservatifs. A Genève, à la prison de Champ Dollon (Ge), des préservatifs sont ainsi disponibles au sein du service médical et les responsables de la santé envisagent également « *la possibilité d'en mettre dans les salles d'attente pour la consultation pour plus de discrétion.* »[146]

Accès aux soins de base et insertion au sein d'une filière de soins

Au même titre que les structures à bas seuil d'exigence mises en place dans le cadre de la réduction des risques, les établissements fermés peuvent également jouer un rôle important pour certaines catégories de populations dépendantes en termes d'accès aux soins de santé de base, que ce soit au niveau somatique ou psychiatrique. Le temps de l'enfermement peut ainsi constituer « *l'occasion, pour certains, habituellement à l'écart du réseau de soins, de demander de l'aide contre leur dépendance ou plus souvent des soins permettant de retrouver une meilleure santé et de prendre soin de leur corps.* »[147] La stratégie poursuivie devrait être à double dividende : l'accès aux soins de base durant le séjour ; l'insertion au sein d'une filière traditionnelle de soins au-delà de la sortie. Selon la durée de l'enfermement, la co-construction d'une alliance thérapeutique peut favoriser la mise en place d'une prise en charge médicale plus approfondie et plus soutenue, en particulier au niveau des pathologies psychiatriques, ainsi qu'au niveau des maladies infectieuses.

Comorbidités psychiatriques en milieu fermé

Dans le domaine des addictions, ainsi que le souligne Barbara Broers, il s'agit de distinguer les comorbidités psychiatriques des comorbidités sociales et somatiques. Ce faisant, il est admis la possibilité d'un lien « *entre la comorbidité psychiatrique et l'usage des substances.* » Différentes hypothèses permettent de définir ce lien : présence d'une pathologie préexistante à l'origine de la consommation ; complications psychiatriques liées à la consommation en l'absence de pathologie préexistante ; facteur commun à l'origine de l'addiction et de la pathologie psychiatrique. Dans le premier cas, « *la consommation sert alors plus ou moins d'automédication pour soigner un malaise*

145 Ibidem.

146 Thérèse Huissoud et alii (2006). *Evaluation des activités de prévention du VIH/SIDA dans le canton de Genève, 2005.* Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

147 Bruno Gravier, Messaoud Benmebarek (2008). « Enfermement et addictions : quelle place pour les soins. In *Dépendances.* Lausanne. GREA et ISPA.

interne. »[148] Ce faisant, l'addiction apparaît comme la « *co-morbidité d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.* »[149]

Dans le second cas, la consommation pourra provoquer une pathologie, soit révéler une pathologie latente. Il s'agit alors « *d'une pathologie secondaire consécutive à un usage chronique ou excessif de certaines substances.* »[150] Dans les situations où l'on observe un facteur de vulnérabilité commun, celui-ci peut entraîner l'un puis l'autre trouble, voire les deux en même temps. Parmi les facteurs de vulnérabilité communs figurent notamment des troubles tels que la violence ou les abus sexuels. Il est toutefois des situations « *d'association fortuite de troubles psychiatriques et de consommation sans qu'il y ait un lien de cause à effet.* »[151]

L'hôpital psychiatrique constitue un acteur clé de la prise en charge de cette population, en particulier lors des situations de crise : « *Les pathologies psychiatrique peuvent décompenser et nécessiter des soins spécialisés : l'hôpital psychiatrique est un partenaire s'occupant des états de crise, des hospitalisations nécessaires pour traiter les pathologies psychiatriques décompensées.* » Dans divers types de situations, les établissements fermés pourront également être appelés à intervenir dans la prise en charge de ces pathologies : privations de liberté à des fins d'assistance (Plafa), exécution des peines et mesures thérapeutiques institutionnelles relatives au traitement des troubles mentaux (art. 59 du Code pénal suisse) ou au traitement des addictions (art. 60 du Code pénal suisse), etc. Ce faisant, les établissements fermés vont également être confrontés à la problématique de la prise en charge de populations présentant des pathologies psychiatriques plus ou moins lourdes, d'où la question de l'organisation des interfaces entre ce type d'établissement et les structures spécialisées dans la prise en charge des comorbidités. Il convient ici de souligner les difficultés que peut rencontrer la psychiatrie généraliste dans la prise en charge de patients présentant une situation de comorbidités psychiatriques. Ainsi, par exemple, la clinique psychiatrique de Cery bénéficie d'un dispositif d'addictologie de liaison mis en place par des psychiatres spécialisés visant à offrir à leur collègues les ressources nécessaires à la prise en charge de ce type de patients. Michaël Lukasiewicz souligne, à ce propos, que :

> *« La majorité des prises en charge actuelles sont victime du clivage entre services de psychiatrie et d'addictologie, et le développement*

[148] Thérèse Huissourd et alii. (2003). Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des projets financés par le canton de Vaud : troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 1. Lausanne. IUMSP.

[149] Drop-in, Neuchâtel (2007). *Rapport d'activité 2006.* Neuchâtel. Drop-in.

[150] Thérèse Huissourd et alii. (2003). Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des projets financés par le canton de Vaud : troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 1. Lausanne. IUMSP.

[151] Ibidem.

de programmes intégrés, prenant en compte la notion même de co-occurrence, doit être une priorité. »[152]

Dans ce contexte, la question de l'intégration des établissements fermés au sein du dispositif dépendance, de même que l'organisation des interfaces entre ces établissements et les structures de la chaîne de soins destinée au traitement des addictions — Centre de traitement des addictions (CTA) et Thalassa — apparaissent comme des enjeux très importants. La mise en place de dispositifs de psychiatrie forensique est également de nature à renforcer la capacité de prise en charge de ces populations en milieu fermé.

4.7.2. Etablissements fermés, dépendance et comorbidités psychiatriques : principaux enjeux au niveau du canton de Fribourg

L'objectif, dans cette partie du rapport, consiste à mettre en évidence, dans le cas du canton de Fribourg, les éléments clés de ces différentes problématiques à partir de l'analyse de nos entretiens.

a) Intervention précoces et traitements de substitution

Nous avons pu observer que les conditions actuelles au sein des établissements fermés du canton de Fribourg relatives à l'intervention précoce — repérage, aide à la motivation, soutien à l'autochangement — ne sont pas suffisamment réunies. Au niveau du suivi des traitements de substitution, des différences significatives peuvent être mises en évidence d'un établissement à l'autre. En revanche, la mise en route de ces traitements n'est admise dans aucun d'entre eux. Il s'agira ainsi de distinguer La Sapinière et la prison centrale, au sein desquelles les traitements de substitution prescrits à l'extérieur peuvent être maintenu, des établissements de Bellechasse, qui prohibent tout traitement de maintenance et impose un sevrage aux détenus :

« Quand j'ai reçu ma convocation pour aller à Bellechasse, j'ai dû me sevrer d'abord à la méthadone, parce qu'ils ne m'acceptaient pas avec la méthadone. J'ai dû aller à Marsens d'abord et puis après seulement je suis allé à Bellechasse. »

Au sein du Foyer de La Sapinière, nous avons pu observer que des sevrages partiels, voire complets de la méthadone sont parfois envisagés, ainsi que le souligne l'un des principaux responsables de ces établissements :

« Sur la base de la méthadone, nous pouvons travailler à La Sapinière, nous le faisons et nous essayons de diminuer les taux de méthadone jusqu'au sevrage total. Il y a des cas où nous y sommes arrivés. »

[152] Michaël Lukasiewicz (2006). « Le double diagnostic en addictologie : état des lieux et prise en charge ». In Michel Reynaud (sous la dir.). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion. Médecine-Sciences.

Face à la situation qui prévaut au sein des établissements fermés du canton de Fribourg, les spécialistes de l'addiction soulignent que « *la prison est effectivement restée en décalage par rapport à l'évolution en addictologie, (n'ayant) jamais été enthousiaste à voir arriver la méthadone* ». Ils regrettent d'autant plus cette situation que de tels établissements pourraient, à leurs yeux, constituer un lieu « *pour démarrer des programmes de méthadone avec des patients afin de leur mettre le pied à l'étrier pour une prise en charge.* »

Le suivi des traitements de substitution : principaux enjeux

Il apparaît que le personnel médical, en particulier au sein de la prison centrale, peut être confronté, au moment des incarcérations, essentiellement en raison du jour et de l'heure à laquelle elles peuvent intervenir, à des situations au sein desquelles l'accès à l'information relative à la prescription de la méthadone n'est pas garanti. La règle qui semble prévaloir dans le canton de Fribourg consiste à ne délivrer aucune dose de méthadone en l'absence de cette information. Dans certains cantons, d'autres règles ont été mises en place pour faire face à de telles situations. Ainsi, dans le canton de Vaud, « *en l'absence de renseignements confirmés, la moitié de la dose annoncée par le patient est délivrée. Cette attitude a été décidée de concert avec le Centre Saint-Martin à Lausanne.* »[153] Se pose ici la question des conditions et des modalités d'accès à des données relatives aux dossiers médicaux des patients. De plus, il faut également pouvoir tenir compte du nombre d'acteurs susceptible d'être concernés — Centre des traitement de addictions (CTA), médecins privés, psychiatres privés, pharmaciens, etc.

b) Soins d'urgence et réduction des risques : principaux enjeux

Au niveau des soins somatiques, la prise en charge des personnes en situations en ruptures de soins est actuellement assurée à la prison centrale, en particulier par l'infirmière qui joue un rôle de premier plan. Plusieurs de nos interlocuteurs ont relevé l'importance de ce travail. Au niveau de la réduction des risques liés aux comportements d'usage de consommation, nos observations tendent à montrer, en revanche, que la consommation de produits psychotropes n'est pas suffisamment prise en compte au sein des établissements fermés. Cette problématique toucherait toutefois, selon l'évaluation de certains de nos interlocuteurs — professionnel de la justice et du pénal, professionnel du médical en particulier —, de manière très inégale les différents établissements du canton. Il s'agirait, en effet, de distinguer la prison centrale des établissements de Bellechasse et du Foyer de La Sapinière.

[153] Ibidem.

Il apparaît toutefois que les établissements susceptibles d'être le confrontés par la problématique de consommation de produits psychotropes sont également ceux au sein desquels le sentiment prédominant est celui d'une bonne maîtrise de la problématique :

> *« A Bellechasse, nous n'avons jamais trouvé de seringues, en revanche, nous en avons trouvé deux à La Sapinière. On combat avec les chiens, avec les fouilles des cellules, par des fouilles surprise, par des fouilles planifiées, par des fouilles selon des informations, par des fouilles aléatoires en lançant un dé sur la table. On fait des fouilles de détenus, on fait des analyses d'urine. C'est tolérance zéro. Et puis il y a aussi, la meilleure mesure, c'est l'encadrement. Il m'arrive régulièrement, en serrant la main d'un détenu, de mander à la sécurité de lui faire un contrôle d'urine. Uniquement sur la base d'un regard ou d'un contact. »*

D'autres acteurs, en revanche, des professionnels de la santé appelés à intervenir au sein de ces établissements, de même que des professionnels de la justice et du pénal, offrent une analyse plus nuancée de la situation en matière de consommation et de comportements d'usage à risque :

> *« Je dirais que, s'il y a consommation à la prison centrale, il s'agit plutôt d'herbe. De temps en temps, certains parviennent à faire rentrer de l'herbe dans la maison malgré tous les contrôles. S'il est vrai que la prison centrale est beaucoup plus fermée, à Bellechasse, celui qui travaille sur son tracteur et qui va je ne sais pas où, c'est vite fait, c'est clair que l'on peut y faire entrer n'importe quelles substances. Et puis je sais aussi, selon les dires de certains détenus, qu'on peut y trouver toutes les substances. »*

> *« Il y a de la consommation à Bellechasse, les détenus que je suis amené à rencontrer me disent qu'on peut tout y trouver. S'ils arrivent à faire entrer des Natel, comment imaginer qu'ils n'arrivent pas à faire entrer des seringues ? »*

> *« La prison est un lieu où on trouve de tout. On sait qu'en prison vous trouvez n'importe quoi. Vous n'êtes pas éloigné du produit, vous êtes devant un souk formidable où il y a plein de choses, etc. … moi, je pense aussi qu'il doit se passer des choses horribles. En prison, les comportements d'injection ne cessent pas et les gens sont prêts à faire n'importe quoi. »*

Ce constat fait écho à certains propos recueillis lors de nos entretiens avec des usagers du dispositif fribourgeois de prise en charge des dépendances que nous avons rencontrés dans le cadre de notre mandat et qui ont fait l'expérience de la prison à plusieurs reprises :

> *« A la prison centrale, c'est quasiment impossible, il faut un sacré bol pour trouver quelque chose. A Bellechasse, on trouve de tout, il y a des gens qui se shootent … les gens ne sont pas cons, ils savent très bien que le hachich, c'est ce qui reste le plus longtemps dans les urines et c'est ce qui se voit le plus dans les yeux, alors il y a des gens qui préfèrent prendre de l'héroïne. »*

Il apparaît toutefois qu'une éventuelle décision visant à instaurer une politique de réduction des risques en milieu carcéral devrait faire face à des réticences de la part d'acteurs clés au sein de certains établissements carcéraux fribourgeois. En effet, nous avons pu constater, lors des entretiens que nous avons menés auprès des responsables de ces établissements, que certains

d'entre eux ont une perception très négative des expériences menées dans d'autres cantons, en particulier par rapport à des mesures telles que la distribution de matériel d'injection. Ce faisant, certains de nos interlocuteurs excluent, à moyen terme, la possibilité de mettre en place de telles mesures.

Au-delà de ces réticences, une approche plus pragmatique de la problématique de la réduction des risques en milieu carcéral pose la question du rôle de ces établissements dans la mise en place d'une politique cantonale des dépendances. En effet, la prison a-t-elle pour vocation et, plus encore, a-t-elle les moyens d'impulser une politique de réduction des risques en mettant en place des mesures inexistantes à l'extérieur et qui, par ailleurs, n'ont pas fait l'objet d'un débat politique ? A ce propos, l'un de nos interlocuteurs relevait, en regard des besoins de la population carcérale, que :

> *« Oui, on a des clients qui rempliraient probablement les conditions. Est-ce que nous allons pour autant mettre en place un programme de distribution de seringues ou de distribution d'héroïne ? Non, on ne va jamais se permettre d'offrir ça dans les prisons si ça n'existe pas à l'extérieur. Là, il faudra attendre des signes du département de la Santé avant d'aborder cette question au niveau des prisons. »*

c) Offre médicale psychiatrique

Nous allons aborder, dans un premier temps, la problématique des urgences psychiatriques et les modalités de prise en charge au sein des établissements fermés. Il apparaît que l'offre susceptible d'être mobilisée lors de situation de crise par les responsables des établissements fermés du canton est considérée par l'ensemble de nos interlocuteurs — professionnels de la santé ; spécialistes des addictions, responsables des établissement fermés, etc. — comme étant insuffisante en regard de leurs besoins.

Gestion des crises psychiatrique : les limites de l'offre cantonale

Si le canton de Fribourg dispose, au Centre de soins hospitalier de Marsens, de locaux sécurisés destinés à accueillir des détenus nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier, la mobilisation de cette offre est toutefois confrontée à un certain nombre de difficultés, en particulier à l'absence de personnel au niveau de la surveillance. Ce faisant, les établissements fermés vont être contraints de recourir à une offre extra-cantonale, soit aux unités carcérales psychiatriques de Genève et de Berne :

> *« Il y a des patients qui ont deux pathologies, on parle de double diagnostic. Leur manière de fonctionner, c'est souvent par chantage : si vous me donnez pas ce que je veux, je vais me tuer. Nous pouvons donc être confrontés à des situations qui sont parfois lourdes. S'il y a bien cette place à Marsens, c'est compliqué à mettre en route pour des questions de surveillance. Il reste alors Genève ou Berne. »*

Nos observations montrent que le recours à une telle stratégie reste peu satisfaisante dans la mesure où elle ne permet pas une prise en charge suffisamment adaptée aux besoins des patients, mais également à ceux des établissements fermés, en particulier en raison de la brièveté des séjours :

> *« Les séjours sont de courte durée et axés sur la prise en charge de situations de crise. Ce ne sont pas des établissements pour des traitements à long terme. Donc c'est un retour dans le canton et, après quelques semaines ou quelques mois, on se retrouve dans la même situation. »*

> *« Nous sommes parfois confrontés à des situations qui sont très lourdes. Nous avons eu une très, très bonne expérience avec Genève. Toutefois ce sont des pathologies qui nécessitent une certaine durée d'hospitalisation, mais au bout d'une semaine, dix jours, Genève va nous les renvoyer. »*

Etablissements fermés, consultations psychiatriques et traitements : principaux enjeux

L'offre de prise en charge au niveau psychiatrique des populations détenues au sein des établissements fermés du canton apparaît comme très insuffisante en raison de leurs besoins. L'un des acteurs clés du dispositif fribourgeois soulignait, à ce propos, que : « *Les responsables de la psychiatrie qui interviennent dans le quotidien en prison sont contraints de faire une psychiatrie à bas bruit ou, si vous voulez, du bricolage.* » Il apparaît, en effet, qu'un psychiatre généraliste du Centre psycho-social intervient au sein de ces établissements à raison de 20 % à Bellechasse et 10 % au Foyer de La Sapinière. Quant à la prison centrale, son intervention s'élève à quatre heures hebdomadaires. De plus, la mise en place de ces consultations psychiatriques régulières apparaît comme très récente.

Un autre enjeu est lié à certains aspects des conditions cadre entourant ces interventions psychiatriques au sein des établissements fermés du canton, en particulier en termes de collaboration, que ce soit avec les responsables de ces établissements ou avec leur collaborateurs. Ainsi, des différences significatives peuvent être mises en évidence d'un établissement à l'autre.

Prison centrale : une collaboration bénéfique

A la prison centrale, la collaboration entre les soignants et les surveillants est décrite comme étant inscrite dans un respect mutuel favorisant une ouverture entre le psychiatre et le personnel de la prison, au plus grand bénéfice des détenus. En effet, cette collaboration permet au médecin d'aborder avec les surveillants certains aspects relatifs aux pathologies et aux comportements de certains détenus. Ce faisant, cette bonne collaboration ainsi que l'ouverture du personnel de l'établissement a permis « *d'arrondir les angles* » et de pacifier

les relations au sein de la prison centrale. La diminution des sanctions en constituerait l'un de ses effets positifs : « *Et les sanctions aussi, le cachot, là il y a de moins en moins de punitions.* »

Etablissements de Bellechasse : polarisation de la demande sur l'expertise et remise en question de l'indépendance du médical

Nous observons qu'aux établissements de Bellechasse, en raison du mode d'organisation des consultations, les interventions du psychiatre relèveraient davantage de l'expert que du praticien au service de ses patients. Ce faisant, l'essentiel de ses activités s'inscrivent dans des expertises et la rédaction de rapports : « *A Bellechasse, nous nous trouvons davantage dans la prise en charge administrative que dans celle de la souffrance et de la pathologie.* »

La mise en place de consultations régulières au sein des établissements carcéraux du canton est, nous l'avons vu, très récente. Ce faisant, il apparaît, dans cette phase de mise en œuvre, que des questions importantes n'ont pu trouver, pour l'heure, de réponses satisfaisantes, en particulier les questions relatives à l'indépendance des intervenants et au secret médical. C'est particulièrement le cas au sein des établissements de Bellechasse :

> *« Le problème, aussi bien avec les psychiatres qu'avec les psychologues, c'est que nous n'avons aucun moyen de contrôle. Quand le personnel médical est envoyé par le département de la santé, vous allez être confrontés à des gens qui défendent une éthique médicale et, au nom de cette éthique, ne vous diront rien. Là, nous avons un problème. »*

Il faut noter ici qu'en Suisse, la question de l'indépendance des médecins intervenant en milieu carcéral et du secret médical tend à se polariser dans une opposition entre un modèle vaudois et un modèle zurichois. Dans le modèle zurichois, la psychiatrie en milieu carcéral relève directement du service pénitentiaire et du département de la justice. Dans le modèle vaudois, en revanche, celle-ci relève strictement du département de la Santé.

Foyer de La Sapinière : comorbidités psychiatriques, des ressources insuffisantes

Au Foyer de La Sapinière, qui dépend également de la direction des établissements de Bellechasse, les consultations psychiatriques ainsi que les relations avec le personnel et son responsable sont beaucoup plus proches des conditions prévalant à la prison centrale. De plus, l'infirmière responsable des soins à La Sapinière est au bénéfice d'une formation en psychiatrie ainsi que d'une expérience au niveau des addictions, ce qui offre des conditions cadre plus satisfaisantes pour le travail du psychiatre.

Les principaux acteurs de la psychiatrie, de la justice et du pénal partagent une même analyse, selon laquelle la situation actuelle ne permet pas de parler véritablement de traitements psychiatriques dans les établissements fermés du canton. Cette situation paraît d'autant problématique pour le Foyer de La Sapinière qui fait l'objet de demandes de prise en charge de la part du Centre de soins hospitaliers de Marsens, notamment de Thalassa : « *Toujours est-il que je sais que c'est bien Marsens qui est un pourvoyeur de la Sapinière*. » La question des prestations psychiatriques à La Sapinière et, plus largement, celle de la prise en charge du traitement et du suivi de cette population, constituent actuellement un enjeu de taille et, à ce jour, aucune réponse satisfaisante n'a pu être véritablement apportée, en dépit des difficultés générées par une telle situation. Ainsi l'un des acteurs du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) soulignait, à ce propos, que :

> *« La Sapinière a toujours été une ligne de fracture entre la psychiatrie et la prison dans le sens où c'est un concentré de patients présentant des comorbidités. Ces gens qui sont là-bas sont très abîmés sur le plan psychique. Du coup, il y a pas mal de demandes d'interventions et de prestations relevant de la psychiatrie de la part de La Sapinière (…) Aujourd'hui, on paie le prix du bricolage parce qu'on ne peut pas parler de coordination interinstitutionnelle. Il faut une approche globale. »*

Ce constat paraît d'autant plus problématique que la prison pourrait être, selon certains professionnels de la santé, de plus en plus sollicitée dans la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques — accompagnés ou non d'un problème d'addiction : « *Je crains qu'on recourt de plus en plus à l'enfermement. Des personnes souffrant de troubles psychiatriques vont se retrouver en prison à défaut d'être dans des lieux de soins.* » Les enjeux d'un réajustement de l'offre de prise en charge des personnes détenues au sein des structures d'enferment du canton, ne sont pas négligeables pour le dispositif dépendance ou, tout au moins, pour certaines de ses structures. En effet, toutes ne sont pas en interaction avec les établissements d'enfermements et certaines le seront plus que d'autres. Ainsi, par exemple, Thalassa et le Foyer de La Sapinière dans la gestion de certains types de trajectoires de post-crises — aliénation par rapport aux produits.

d) Psychiatrie forensique

La situation actuelle, en matière de prise en charge au sein des structures d'enfermement du canton des personnes dépendantes, ainsi que celles confrontées à des situations de comorbidité de type psychiatrique est qualifiée de très insatisfaisante par la majorité de nos interlocuteurs, qu'ils soient du monde médical ou du système pénal. Dans ce cadre, la mise en place d'un service de psychiatrie forensique apparaît comme une mesure d'ajustement susceptible d'offrir une amélioration significative :

> *« Actuellement, si vous voulez, nous faisons du bricolage. Je redis ce que nous souhaitons, c'est que l'on mette en place un dispositif de psychiatrie forensique qui soit doté d'un médecin, d'infirmières, en tout cas de personnes intéressées, voire formées dans le domaine pour des interventions beaucoup plus professionnelles et moins pompiers. Un peu plus préventif, si vous voulez. »*
>
> *« Moi, ça fait cinq ans, enfin plus que je demande, et je ne suis pas le seul, que le canton se dote de ressources pour une psychiatrie forensique. Jusqu'à présent, on s'est contentés de ce qu'il y avait à disposition. Ça s'est mis comme ça en place et ça vivote. Il n'y a jamais eu trop de dégâts, il n'y a jamais eu trop de tentatives de suicide, il y a peu de choses qui font la une des journaux, donc les choses ont évolué comme ça. Mais nous, comme responsables de la psychiatrie et qui intervenons en prison dans le quotidien à bas bruit, si vous voulez, nous avons le sentiment de faire du bricolage. »*
>
> *« De mon point de vue, si nous voulons créer une véritable unité de soins, une unité de mesures de traitement pour les personnes toxico-dépendantes ainsi que pour celles qui souffrent de troubles mentaux, il est clair qu'il doit y avoir constamment du personnel médical. Et là, je ne parle pas de médecins somaticiens, mais de thérapies individuelles une à deux fois par semaine, de thérapies de groupes, toutes ces formes de thérapies qui existent aujourd'hui en psychiatrie. »*

Si les acteurs des domaines pénaux et médicaux — psychiatres, addictologues — partagent un même constat sur la situation actuelle du canton en matière de médecine et de psychiatrie pénitentiaire et un diagnostic identique, mettre en place un dispositif, communient quant aux attentes par rapport à la psychiatrie forensique, il apparaît, en revanche, que les enjeux au niveau des prestations attendues de cette psychiatrie forensique pourraient ne pas être au même diapason ou, tout au moins, pas dans les mêmes ordres de priorités.

En Suisse, le meurtre d'une jeune fille au Zollikerberg durant l'automne 1993 par un délinquant multirécidiviste en congé va constituer un tournant dans une évolution au sein de laquelle le besoin sécuritaire allait en s'amplifiant. L'on assiste alors, d'une part, à un accroissement de la demande relatives aux besoins de sécurité par la justice et le pénal : expertises psychiatriques, prise en charge, soins et traitements. Ces demandes adressées à la psychiatrie vont favoriser, en regard de la complexité de leur traitement et des enjeux par rapport au besoin sécuritaire, l'émergence d'une nouvelle discipline, la psychiatrie forensique.

L'on va assister, d'autre part, à son ancrage au sein du Code pénal suisse (CPS). En effet, ce meurtre ainsi que d'autres affaires d'une même gravité vont marquer la réforme du code pénal : « *la protection de la société contre les délinquants dangereux prenant de plus en plus d'importance.* »[154] Cette exigence d'une plus grande sécurité va se concrétiser, au sein du nouveau Code pénal, notamment par une mesure d'internement (art.64, CPS) applicable à tout type de délinquant, dès la première infraction et sans limite de durée : « *Aujourd'hui,*

[154] Peter Ullrich (2003). « Législation. Une modernisation courageuse ». In *bulletin info*, no 2.

l'internement d'un délinquant peut être prolongé aussi longtemps que ce dernier présente un danger. »[155]

Cette évolution qui se traduit aujourd'hui par une demande croissante d'expertises psychiatriques — dangerosité, risques de récidive, suicidalité, etc. — et de soins thérapeutiques dans le cadre des mesures d'internements alors que l'offre est confrontée, « *en Suisse, à une situation de pénurie considérable en psychiatres formés dans le domaine forensique.* »[156] Ce désajustement pose une problématique au niveau de la gestion de la demande en situation de crise de l'offre et de ses conséquences en termes de concurrence entre demandeurs de prestations.

Quelle va être, dans ces conditions, la capacité d'un service de psychiatrie forensique qui serait mis en place dans le canton de Fribourg de bénéficier d'une dotation qui soit suffisante pour lui permettre de prendre en compte l'ensemble de la demande ? Si tel n'était pas le cas, le dispositif dépendance, ainsi que les différentes structures qui le composent seraient-ils en mesure de concurrencer la demande de la justice et du pénal, compte tenu des enjeux qu'elles représentent et des contraintes qui leur sont liées ? Dès lors, la question de la participation du groupe projet dépendance au sein du groupe de travail « Psychiatrie forensique »,[157] mis en place par les départements de la Santé et de la Sécurité pourrait être posé ?

155 Ibidem.

156 Eric Bonvin (2007). La psychiatrie forensique. Projet de structure médicale spécialisée en médecine et psychiatrie forensique. Réseau Santé Valais.

157 Lors de notre entretien, le groupe était composé de : Mme Giacometti Bickel ; M. Freytag ; M. Juvet ; M. Lavenex ; M. Tharin ; M. Traber.

5. Conclusions générales

L'analyse des politiques publiques montre de quelles manières les sociétés se protègent en quelque sorte de leurs propres dysfonctionnements. Parole du pouvoir, ces politiques désignent des finalités de l'action collective. L'importance et la nature des moyens qu'elles mobilisent dévoilent des éléments de la culture politique dans un domaine ou de ce que les politistes appellent le référentiel dominant. Il en va ainsi de l'action publique fribourgeoise en matière de prise en charge des personnes dépendantes.

La structure actuelle de l'offre du canton de Fribourg destinée aux personnes dépendantes de substances légales et illégales s'inscrit dans le cadre général de la politique de la drogue en Suisse et de son évolution entre 1975 et 2005. Cette politique a connu une rupture paradigmatique au cours des années 1990 avec l'adoption du modèle dit des « *quatre piliers* » — prévention ; traitement ; réduction des risques ; répression. Dès 2005, le modèle dit « du cube » consolide et élargit cette approche par la prise en compte de l'évolution des connaissances en particulier au niveau des types de consommation et des profils des consommateurs. Ce nouveau modèle, qui s'inscrit dans le paradigme de l'addiction, favorise désormais une approche intégrée et transdisciplinaire au niveau des dispositifs de prise en charge des dépendances.

A Fribourg, la prise en charge de la dépendance tend à s'inscrire désormais dans la nécessité de gérer les héritages précédents et dans l'impératif de la prise en compte de la nouvelle approche du « cube ». Conçue initialement dans le cadre du « *résidentiel* », l'offre institutionnelle relative aux produits psychotropes légaux et illégaux a été marquée à Fribourg, comme ailleurs en Suisse, par son élargissement à l'ambulatoire dans le cadre de la mise en œuvre de mesures relatives à la réduction des risques. Son évolution a également été marquée par l'inscription de l'offre résidentielle dans le cadre du référentiel de la substitution.

L'approche du problème est de plus en plus intégrative. L'évolution récente a été marquée également à Fribourg par des innovations importantes qui ont permis de mieux intégrer au sein de l'offre médicalisée les problèmes de dépendance liés à l'alcool et aux médicaments. La prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux relève à la fois du sevrage, de la psychiatrie, du social, de la médecine somatique ainsi que de la prévention (sida, maladie hépatique, etc.) et de la réduction des risques. En dépit des difficultés évidentes, l'évolution du dispositif tel qu'il se présente aujourd'hui semble aller dans le sens d'une meilleure articulation des dispositifs de prise en charge et d'une adaptation croissante aux besoins des usagers.

Quand bien même les données quantitatives utilisées sont partielles et doivent être considérées comme des échantillons, notre analyse esquisse trois profils de dépendance suggérant trois besoins d'accompagnement différents :

- les clients essentiellement alcoolo-dépendants, et dont le passage en traitement résidentiel amène à une plus faible consommation et une stabilisation des vulnérabilités. Les sorties du dispositif, qui durent en moyenne moins d'un an, se font de manière essentiellement régulières, avec ou sans transfert vers l'ambulatoire et correspondent à une dépendance plus faible à l'alcool.
- les clients ayant l'héroïne comme substance à problème principal, et dont le traitement de la dépendance par des traitements ambulatoires de substitution permet d'éviter un accroissement des vulnérabilités, mais dont les sorties du dispositif sont moins dues à l'abstinence/réinsertion qu'à des raisons administratives et/ou de rechute. Ces populations tendent à rester dans les dispositifs durant plusieurs années et leur faible diminution crée des effets de stockage rendant leur gestion difficile par les institutions en charge de leur porter assistance.
- les clients poly-dépendants, pour lesquels la cocaïne est la drogue privilégiée, mais consommant également de l'héroïne et l'alcool, cumulant les vulnérabilités et dont le risque de désocialisation est plus important que pour les autres profils. Les sorties du dispositif se font principalement pour des ruptures explicites. Même si leurs vulnérabilités sont grandement partagées, ces populations ne peuvent avoir strictement les mêmes besoins. Constituant de facto des groupes cibles, un traitement ou une prise en charge particularisés pourraient leur être accordés au vu de ces résultats. A noter que ces profils sont ceux que les analyses faites au niveau suisse révélaient. Il n'y a donc pas de particularité fribourgeoise. Cependant, ces données ne permettent pas véritablement de tracer un profil de demande ajusté à chaque catégorie d'où l'intérêt d'une approche qualitative permettant de cerner au plus près non seulement les besoins des usagers et les demandes exprimés par les acteurs des différents dispositifs, ainsi que leurs articulations respectives.

L'articulation entre l'offre des dispositifs et les besoins des populations dépendantes concrétisées par des trajectoires thérapeutiques s'inscrivent au sein de **chaînes d'interventions** constituées de deux filières étroitement liées : filière dite *thérapeutique* — approche somatique et approche psychiatrique — et une filière dite *psycho-socio-éducative*. Les différents acteurs qui vont être amenés à « resauter » leurs prestations relèvent de différents champs d'intervention et de divers champs de compétence. La prise en compte de la dimension globale de l'addiction définit une prise en charge selon trois axes — prévention et intervention précoce ; réduction des risques ; traitement.

Notre analyse a été ainsi directement confrontée à la complexité des situations et à la diversité des structures impliquées dans la prise en charge des usagers. L'étude systématique, mais

forcément incomplète, que nous avons conduit a exploré ces trois axes majeurs d'une problématique dont l'enjeu essentiel reste l'articulation d'une part, de l'offre des structures internes au dispositif et d'autre part, l'articulation entre le dispositif et son environnement dans une visée d'amélioration constante de la prise en charge des besoins des personnes dépendantes. L'analyse a évidemment suivi les traces du référentiel majeur de l'action publique actuelle dans ce domaine : le modèle du cube.

Le diagnostic de la situation fribourgeoise en matière de mise en œuvre d'une **politique de prévention secondaire** dans le cadre du modèle du cube renvoie à une série d'enjeux relevant à la fois de l'offre de prestations existante, de l'articulation des acteurs, de la réticulation pertinente de leurs actions et du renforcement de leurs compétences : l'identification des acteurs intervenant déjà dans la prévention. A ce niveau, l'amélioration du dispositif de prise en charge semble passer par : une clarification du concept d'intervention et du rôle confié à chacun des acteurs ; une réflexion permettant d'identifier l'arbitrages entre l'offre l'existante en matière de prévention et la nécessité de mettre en place de nouvelles structures ; définir le cahier des charges et l'instance susceptible de mettre en œuvre des actions visant le renforcement des compétences et des performances des acteurs non-spécialisés en premier ligne de la prévention secondaire.

Au-delà de ces orientations au niveau de la prévention secondaire, la prévention tertiaire peut également offrir de nouvelles perspectives à l'offre ambulatoire si elle parvient à inscrire ses objectifs dans le cadre de la réinsertion : *réinsertion sociale* au sein des réseaux de solidarité primaire — famille, amis, copains, voisins, etc. — et secondaire ou formel — aide sociale, institutions diverses, services de l'Etat, etc. ; *réinsertion professionnelle* — formation, retour à l'emploi, maintien au sein d'un emploi ; occupation — ; *réinsertion sanitaire* ; *insertion au logement* — accès et maintien au logement.

L'inscription d'un secteur dit **« réduction des risques »** dans la politique de la Confédération en 1994 avec l'adoption du modèle des « quatre piliers » formalise des pratiques mises en place durant la seconde partie des années 1980 dans certaines villes et cantons suisses. A Fribourg le secteur « réduction des risques » ne parvient pas actuellement à déployer tous les effets escomptés. Nous avons identifié les différents facteurs pouvant expliquer cette situation. Ce diagnostic ouvre plusieurs pistes de réflexion : renforcer l'articulation entre les pôles médico-social spécialisé et socio-éducatif spécialisé ; inscrire l'ajustement de l'offre actuelle ainsi que la création de nouvelles structures dans le cadre de cette articulation ; renforcer la pluridisciplinarité des équipes et garantir l'accès des populations les moins stabilisées et les plus marginalisées au soins primaires et au traitement de substitution dans le cadre de l'offre ambulatoire médico-sociale spécialisée par une adaptation du seuil d'accès ; renforcer la

capacité d'accroche des usagers les plus marginalisée au sein du pôle socio-éducatif et renforcer leur compliance au niveau du pôle médico-social.

Dans le cadre du référentiel du cube, la capacité du dispositif en matière de **traitement** est conditionnée par l'organisation d'interfaces adéquates entre le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire. L'organisation des articulations, au sein d'un référentiel commun, entre ces dispositifs et leurs environnements non-spécialisées apparaît également comme un enjeu majeur. Le recherche d'une solution adéquate constitue la clef permettant de garantir la continuité des soins et un degré acceptable de rétention des usagers.

L'ajustement de l'offre résidentielle par la mise en place de structures intermédiaires en termes de « relais psycho-socio-éducatifs » apparaît aussi comme un élément clé du renforcement du « dispositif traitement ». Son élargissement et sa diversification devraient permettre l'accès à l'ensemble des populations dépendantes, en particulier à celles confrontées à des pathologies psychiatriques graves. La création de nouvelles structures intermédiaires et le redimensionnement parallèle du secteur résidentiel au niveau de son offre semblent s'imposer. Dans ce contexte, le résidentiel sera amené à prendre en charge des catégories de populations plus instables et plus marginalisées confrontées notamment à des double diagnostics. L'addictologie et la psychiatrie de liaison constituent une possibilité de passerelle entre les différentes prises en charges. Dans cette perspective, elles peuvent constituer une réponse adéquate au problème posé. Ceci est évidemment aussi valable au niveau de l'environnement médical non-spécialisé.

La formalisation des procédures de collaboration apparaît comme un des éléments clé d'une bonne intégration de l'offre résidentielle. Ce faisant la nécessité de parvenir à une définition commune de la problématique de l'addiction et des troubles qu'elle entraîne apparaît comme un préalable dans la mesure où elle favorisera l'adoption d'un référentiel commun.

En dernier point mérite d'être souligné. Une prise en charge de type « intégratif » telle que le préconise le modèle du cube repose sur une évaluation globale des usagers (médico-psycho-sociale) au moment de leur entrée au sein d'un dispositif — *porte d'entrée unique*. Dans cette perspective, l'indication aura pour objet, à partir de l'évaluation initiale, de définir le type de prise en charge — bio-psycho-socio-éducatif — qui soit le plus adapté aux besoins de l'usager, compte tenu de l'offre de mesures susceptible d'être mobilisée. La bonne personne au bon endroit au bon moment et pour une bonne durée, tel est l'enjeu essentiel du processus d'indication.

Bien entendu, au-delà de l'indication, se pose la problématique de l'organisation de la trajectoire des usagers au sein du

dispositif. L'enjeu consiste ici à éviter le morcellement de la prise en charge par la mise en place d'un mode de gestion susceptible de coordonner les interventions des différents acteurs en regard des objectifs initiaux et en regard de l'évolution des besoins des usagers, de les réévaluer et de les réorienter. Cependant, offrir aux différents intervenants une porte d'entrée unique au sein du dispositif implique un consensus sur la définition des critères d'indications et de prise en charge des besoins différenciés des populations dépendantes. De là, la nécessité de mettre en place un processus de concertation associant étroitement les représentants des institutions médicales et sociales non spécialisées à la conception et à la mise en œuvre des structures et des processus d'indication.

Ces pistes de réflexion ne sont pas hors de portée. La « quadrature du cube » ne semble pas une figure insoluble. La transversalité des actions et la coordination des acteurs, l'articulation des services concernés constituent la clé de voûte d'une prise en compte de l'hétérogénéité des profils et des besoins des usagers. Dans ce domaine aussi, la construction d'une conception partagée des finalités de l'action collective dessine les contours du champ des possibles.